

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE **698**^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mehdi AMID

Né le 4 Mars 1900 à Téhéraz (Perse)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM
PAR LA VOIE PÉRINÉALE

Discussion, Indications opératoires et Résultats

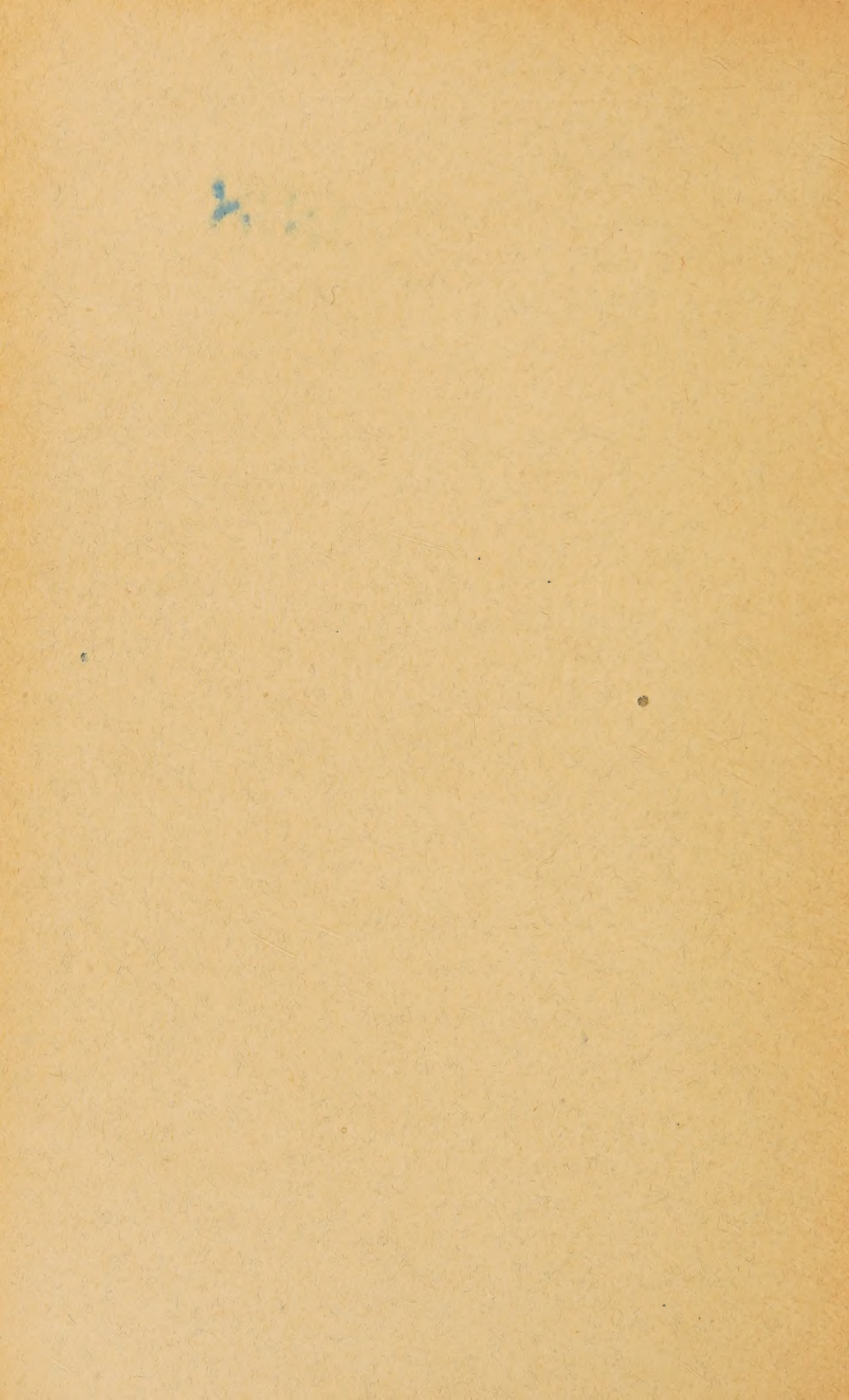
Président : M. R. PROUST, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mehdi AMID

Né le 4 Mars 1900 à Téhéraz (Perse)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM
PAR LA VOIE PÉRINÉALE

Discussion, Indications opératoires et Résultats

Président : M. R. PROUST, Professeur

PARIS

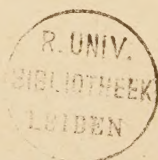
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

[1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARD.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale
 VELTER..... Ophthalmologie
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	ECALLE	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		GUÉNIOT	
BRULE		LELORIER	
CHIRAY		LÉVY-SOLAL ...	
DUVOIR		METZGER	
HARVIER			
LIAN			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER. .			
MOCQUOT			
MOURE.....			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie,
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

REZA SHAH PAHLAVI

*Qui par son énergie éclairée a su
donner à la Perse la nouvelle orienta-
tion intellectuelle.*

*Hommage très respectueux et très
reconnaissant.*

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES SŒURS ET FRÈRES

Témoignage de ma profonde affection.

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Professeur de Clinique à l'hôpital Laënnec
Officier de la Légion d'honneur

*Que nous remercions du grand
honneur qu'il nous fait en voulant
bien présider cette thèse.*

Hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

Chirurgien à l'hôpital Saint-Louis

*En témoignage de notre profonde
gratitude, non seulement de nous
avoir guidé avec tant de bienveillance
dans ce travail, mais de la formation
chirurgicale qu'il nous a donné.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stages

1923. WIDAL (*in memoriam*).

PROFESSEUR DELBET.

1924. PROFESSEUR LEMIÈRE.

DOCTEUR BAUMGARTNER.

Externat

1925. DOCTEUR BAUMGARTNER.

1926. DOCTEUR GARNIER.

1927. PROFESSEUR JANSELME.

1928. DOCTEUR DUPUY-DUTEMPS.

Internat

1929. PROFESSEUR DESCOMPS (*in memoriam*)

1930. DOCTEUR BAUMGARTNER.

1931. PROFESSEUR CADENAT.

1932. PROFESSEUR LE LORIER.

DOCTEUR WIART.

1933. DOCTEUR GOUVERNEUR.

A MONSIEUR RENARD

*Qui nous a si souvent éclairé de
ses conseils, notre toute gratitude.*

A MES AMIS

INTRODUCTION

L'intervention chirurgicale est aujourd'hui, le seul traitement radical du cancer du rectum. Tous les autres procédés ne sont, jusqu'ici, que des pis-aller comme en témoignent les récentes discussions de la société de gastro-entérologie.

La radiumthérapie n'a donné de résultats que sans les cancers anaux, de type pavimenteux et non cylindrique et d'une manière générale le cancer du rectum en particulier le cancer colloïde est très peu radio-sensible et les résultats jusqu'à présent ont été médiocres.

Le but à atteindre est l'ablation large de la tumeur de la tunique cellulo-graisseuse du rectum et des territoires ganglionnaires tributaires.

La conservation sphinctérienne est secondaire et souvent incompatible avec une intervention complète.

Dans la détermination de choix de la voie d'abord interviendront d'une part, le siège de la tumeur, l'état général du malade, son adiposité et aussi les préférences individuelles de chaque opérateur.

Nous n'envisagerons pas les cancers bas situés

ano-rectaux : ici l'intervention par voie basse accompagné d'un curage ganglionnaire inguinal bilatéral, est indiscutable. La radiumthérapie peut apporter une amélioration.

Nous n'avons pas en vue non plus les cancers recto-sigmoïdiens et les cancers ampulaires hauts mordants sur le Douglas, nous voulons dire, les cancers situés à plus de 5 centimètres de l'anus, qui doivent être opérés par voie abdominale, soit qu'on fasse une opération d'Hartmann ou une intervention par voie combinée.

Nous n'envisagerons que les cancers ampulaires moyens et bas qui forment la majorité des cancers du rectum et dont la voie, d'abord prête à discussion.

La voie basse permet-elle une exérèse complète aussi bien en largeur qu'en hauteur ?

La voie abdomino-périnéale est-elle la voie idéale sans reproche ?

C'est ce que nous allons essayer de discuter ici en rapportant une série d'observations, la plupart inédites, de malades opérés de cancer du rectum (périnéal et abdomino-périnéal) par notre maître, le docteur Gouverneur.

Étudier et critiquer les techniques employées, comparer les résultats obtenus, dégager autant que possible un enseignement utile, tel sera notre but.

Le grand intérêt de ces observations c'est quelles concernent des malades opérés et suivis par le même chirurgien pendant une période d'une dizaine d'années.

Autre remarque intéressante : le nombre de malades opérés par l'amputation périnéale dépasse de beaucoup ceux opérés par l'abdomino-périnéale — 45 périnéales pour 10 abdomino-périnéale —. Nous avons, en effet, estimé justiciables de l'amputation périnéale non seulement les cancers ano-rectaux, mais aussi tous les cancers ampullaires des sujets obèses à déficience rénale ou cardiaque, des sujets très âgés, fatigués, tarés ou anémiés.

Quant à l'abdomino-périnéale, nous l'avons réservée seulement aux cancers ampullaires des sujets maigres, résistants, relativement jeunes.

Malgré ce choix judicieux, la mortalité immédiate a été encore considérable : 20 % dans l'abdomino-périnéale.

Cela est dû à des accidents multiples communs à toutes les interventions du rectum, plus particulièrement à l'abdomino-périnéale.

Ces accidents, au premier chef duquel se place l'infection, doivent imposer des soins prémonitoires à toute intervention.

Nous nous proposons de les aborder de suite, avant même d'étudier la technique de chaque procédé.

Soins préopératoires

Pour éviter l'infection qui est la grande cause de la mortalité post-opératoire, il faut une asepsie rigoureuse au cours de l'intervention — le rectum

cancéreux doit être enlevé comme un kyste à contenu septique — disait Quénu.

A cette aseptie est lié le succès opératoire. Une bonne désinfection est sans doute difficile : dans le rectum néoplasique, la stase existante exagère considérablement la virulence de la flore microbienne.

Le meilleur procédé de désinfection rectale réside dans la dérivation du cours des matières par un anus iliaque gauche, ce qui permettra en même temps de grands lavages bi-quotidiens du bout inférieur.

L'anus iliaque préalable n'est pas un fait nouveau. Pollosson, le premier, le préconisa en 1884. Et depuis, un grand nombre de chirurgiens n'ont cessé de le prôner.

Grâce à cet anus iliaque, qui a été pratiqué systématiquement chez tous nos opérés de périnéale, combien de résultats favorables nous avons pu constater.

C'est la reprise de l'appétit et du poids, c'est la disparition ou la diminution de troubles fonctionnels : diarrhée, douleur, ténesme, écoulement glaireux.

C'est au total l'amélioration de l'état général, qui, d'ailleurs permettra souvent d'instituer avec succès l'intervention radicale.

Il faut également ajouter, car c'est un autre avantage de la méthode préconisée, que c'est alors en pleine connaissance de cause, quant au degré d'opérabilité de la tumeur que cette intervention sera décidée. Grâce à l'anus iliaque, en effet, l'étendue

de la masse cancéreuse, son extension en hauteur, sa situation, la mobilité du côlon ilio-pelvien auront pu être précisées et aussi des tumeurs paraissant inopérables le devenir ultérieurement.

Nous n'hésiterons donc pas à préconiser presque systématiquement l'anus préalable dont les avantages tangibles dédommageront facilement le malade de certaine répugnance.

Enfin, dans l'étude des soins préopératoires, doivent trouver place la vaccinothérapie et surtout la transfusion sanguine qui, répétée plusieurs fois et toujours à petites doses, augmenteront grandement la résistance de l'individu.

Il va sans dire que l'examen approfondi du malade, que son dosage d'urée, notamment, susciteront telles autres thérapeutiques préventives appropriées. Et même, dans le choix de la voie d'abord il y aura lieu d'en tenir grand compte.

VOIES D'ABORD

Nous n'avons pas ici l'intention de décrire toutes les voies d'abord du cancer du rectum. Nous n'envisagerons pas l'amputation abdominale d'Hartmann qui est propre aux cancers hauts situés recto-sigmoïdiens presque autant dire aux cancers coliques bas, ni l'intervention par voie sacrée peu employée en France et dont nous n'avons aucune expérience personnelle.

Nous voulons surtout étudier les deux voies entre lesquelles le choix est souvent hésitant, la périnéale et l'abdomino-périnéale.

Nous rejettons la résection avec conservation sphinctérienne : elle pousse malgré lui l'opérateur à être trop parcimonieux dans la suppression du méso-côlon-sigmoïde et de la graisse péri-rectale, et c'est là que doit porter le sacrifice si l'on veut obtenir de bons résultats éloignés.

Certes, on a publié des observations de guérisons opératoires par résection. Cunéo s'en est fait le défenseur. Mais la technique, à laquelle apportait récemment Zagdoun une nouvelle variante, n'est pas encore au point.

Nombreuses d'ailleurs, sont les difficultés auxquelles on se heurte.

C'est ainsi qu'il ne suffit pas de conserver le sphincter pour qu'un anus soit continent. La question est plus complexe.

Il faut conserver une zone muqueuse saine qui doit déclancher le réflexe sphinctérien, or, si la muqueuse anale est supprimée, la fonction sphinctérienne reste défectueuse.

D'autre part, il faut aussi pour le bon fonctionnement conserver un sphincter bien vascularisé et innervé. Enfin, il est souvent difficile de préciser d'avance exactement le degré de développement néoplasique, ce qui pourra forcer au cours de l'intervention de transformer une résection en une amputation.

Nous avons eu récemment l'occasion de voir un malade justiciable de résection avec conservation sphinctérienne. Mais il nous a été impossible d'obtenir une désinfection complète de la tumeur, le malade continuant à présenter des poussées thermiques. Ne voulant pas lui faire courir un gros risque, nous avons décidé une amputation périnéale. Et nous avons trouvé d'ailleurs des petits abcès à la face externe du rectum dans le tissu cellulo-adipeux.

Au total, grosse difficulté : sans doute pourratt-on rapporter quelques rares cas de guérisons avec conservations sphinctériennes. Mais on ne saurait arguer de ce fait, pour ériger ce procédé d'exception en méthode.

D'ailleurs, c'est en présence de tumeurs évoluées — le malade consultant tardivement — que nous nous trouvons le plus souvent, et seul la large exérèse se justifie.

Nous allons donc surtout étudier et discuter les voies les plus pratiquées, la périnéale et l'abdomino-périnéale.

Mais tout d'abord, rappelons-le, une cure absolument radicale du cancer du rectum ne pourra être considérée comme telle qu'aux conditions suivantes :

1^o La section intestinale se portera très à distance — 5 centimètres au moins de la lésion néoplasique.

2^o Elle intéressera en largeur tout le tissu cellulo-graisseux des fosses ischio-rectales, la plus grande partie des muscles releveurs de l'anus, près de leur insertion pelvienne (Chez l'homme on dépassera, en avant, l'aponévrose de Denonvillier). Chez la femme, l'ablation en bloc de la néoplasie rectale et la paroi vaginale postérieure). Et en hauteur on procédera à l'extirpation de tout le territoire ganglionnaire à distance de l'anus, en particulier, les ganglions de la bifurcation de l'hémorroïdale supérieure qui sont situés à 16 centimètres de l'anus.

De ceci, se dégage nettement que pour réaliser une cure radicale par amputation périnéale, il faut que la section de l'intestin atteigne 15 à 17 centimètres et le tissu cellulo-graisseux sera enlevé à 2 et 3 centimètres au-dessus de la section intestinale.

Nous allons envisager dans son ensemble la

technique de la périnéale en insistant sur les quelques modifications apportées par notre maître.

Un court historique, nous permettra d'abord de la suivre dans ses transformations successives.

La première opération pour le cancer du rectum par voie basse a été pratiqué par Pajet. Mais c'est-Lisfranc qui préconisa le premier le procédé circulaire qui porte son nom.

A cette opération circulaire, Dolbeau et Denonvillier, ajoutèrent une raquette postérieure allant jusqu'au coccyx.

Verneuil pour donner plus de jour, proposa la résection du coccyx érigé en véritable méthode par Kocher.

Après une éclipse momentanée lors de l'apparition de la méthode sacrée de 1885, l'amputation périnéale réapparaît de nouveau grâce aux travaux de Quénu et Hartmann et Quénu et Baudet, nettement modifiée et considérablement améliorée. Elle est devenue, aujourd'hui, une opération très anatomique, très large, permettant d'enlever le rectum et toute sa tunique fibro-séreuse. Et après ouverture du cul-de-sac péritonéal, elle permet d'abaisser suffisamment l'intestin pour dépasser largement les limites du néoplasme.

Mais pour que cette exérèse en hauteur soit suffisante, il ne faut pas chercher à abaisser le bout supérieur, le côlon pelvien à la peau du périné.

La technique employée par notre maître est la technique de Miles sans abaissement du bout colique

avec anus définitif préalable. Mais disons tout d'abord que c'est de 15 à 25 jours après l'anus iliaque — le délai variant suivant la septicité du cancer et l'état général du malade — qu'on pratiquera l'amputation périnéale. Et ajoutons, que cette amputation doit se faire sous anesthésie rachidienne, pour obtenir le silence abdominal complet au cours de l'intervention, éviter le choc opératoire et diminuer autant que possible les risques de complications pulmonaires.

Nous décrirons très rapidement la technique de la périnéale.

A) CHEZ L'HOMME

Après avoir placé un béniqué n° 45 dans l'urèthre, on met le sujet en position de taille. Le siège surélevé débordant légèrement la table.

On ferme l'anus, par double suture en bourse au moyen d'un fil de soie en ayant soin de conserver suffisamment longs les deux clefs superficielles pour les utiliser comme moyen de traction.

L'incision cutanée sera en forme de coupe dans une branche horizontale préanale, une partie semi-circulaire menée à 2 centimètres de l'anus, une portion rétro-anale allant jusqu'au coccyx. Il n'est pas nécessaire dans les cancers ampullaires pour l'incision cutanée d'aller trop à distance, et d'enlever une grande quantité de peau, on obtiendra ainsi une cicatrisation plus rapide.

A notre avis, il faut commencer par la zone

dangereuse antérieure, séparer le rectum de la prostate puis se porter sur les côtés quand on a l'habitude on ne blesse jamais l'urèthre ni le rectum.

Donc après avoir tiré le rectum en arrière, l'opérateur incise le raphé ano-bulbaire au ras du bulbe ainsi que le muscle recto-urétral qui se tend dans la profondeur. Entre des deux releveurs on tombe sur une dépression que le doigt effondre facilement et qui donne accès à l'espace décollable haut de 3 à 4 centimètres qui sépare le rectum en arrière de la prostate et vésicule séminale en avant. Au plafond de l'espace est le cul-de-sac de Douglas.

Les faisceaux antérieurs des releveurs forment les parois latérales de cette espace. On les sectionne de chaque côté à une certaine distance du rectum très en avant et on pince les vaisseaux hémorroïdaux moyens qui rampent sur leurs faces supérieures, formant une corde légèrement oblique.

Si il y a des adhérences prostatiques — ce qui n'est pas une contre-indication opératoire — on passe à travers le tissu prostatique en faisant au besoin des recoupes successives pour éviter l'urèthre ; nous nous sommes servis souvent dans ces cas du bistouri électrique, pour couper des tranches prostatiques.

Le rectum tiré en avant, on achève la section du raphé ano-coccygien de deux coups de ciseaux, on libère les bords du coccyx, on le désarticule et on l'extirpe.

Cette résection coccygienne n'est pas un temps indispensable, nous l'avons employée dans les cas,

où nous avons jugé que la section donnait un plus grand jour.

On introduit facilement la main dans l'excavation sacrée jusqu'au promontoir en rompant toutes les adhérences vasculo-nerveuses.

On incise de chaque côté la graisse ischio-rectale en plaçant quelques pinces sur les hémorroïdales inférieures. On sectionne les muscles (faisceaux moyens et postérieurs) des releveurs de chaque côté en dehors au ras de leurs insertions pelviennes en tirant le rectum du côté opposé. On ouvre le Douglas, dans le fond de la partie transversalement au ras du rectum.

On sectionne de chaque côté le méso-rectum qui apparaît sous forme de lame triangulaire à base inférieure. La section sera étagée plus ou moins haut suivant la longueur de l'intestin à abaisser.

La libération du rectum doit être jugée suffisante, quand la partie saine de l'intestin peut être amenée sans traction.

On sectionne l'artère mésentérique inférieure, véritable amarre qui tient le rectum, entre deux ligatures sur la face postérieure du recto-sigmoïde.

L'anse recto-colique abaissée avec la graisse péri-rectale, on la sectionne au thermo entre un fil solide et une pince coudée, on ferme le plus haut possible le moignon en deux plans. On fixe la brèche péritonéale au pourtour de l'intestin, on aura fait ainsi un évidement de toute la loge. Après l'opération, on doit avoir une énorme cavité, où l'on voit en

arrière le sacrum, sur lequel les vaisseaux, complètement collés à lui. En avant le plan prostatovésical bien dénudé, dans le haut apparaissent les vésicules séminales et le cul-de-sac péritonéal. Latéralement, on voit les branches ischio-pelviennes et plus haut tout le tissu cellulaire sous-péritonéal. Cette énorme cavité va se combler très vite.

On termine par un Mikoulicz.

B) CHEZ LA FEMME

L'amputation périnéale est plus simple, moins grave, la zone dangereuse antérieure n'existe pas, on fait un décollement recto-vaginal ou le plus souvent et plus simplement une résection de la paroi vaginale postérieure. On mettra une sonde à demeure.

Soins postopératoire

Ils sont aussi importants que l'acte opératoire. Une transfusion est presque toujours nécessaire le jour même. Les pansements doivent être fait tous les jours du moins au début, ablation des mèches au 4^e jour, on fera des irrigations quotidiennes au Dakin ou à l'eau oxygénée. Le Mikoulicz sera enlevé le 9^e jour.

Habituellement les suites sont simples, et la cicatrisation demande 3 à 4 semaines.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Sur les 45 malades ayant subi l'intervention périnéale dont nous rapportons l'observation, 7 sont morts des suites de l'opération : soit environ 15 % de mortalité immédiate.

Parmi les derniers, deux sont morts d'hémorragie, un le jour même, d'une hémorragie veineuse assez abondante des veines pré-sacrées dont la ligature fut impossible et chez lequel un tamponnement assez serré se montra impuissant. Le deuxième est mort d'une hémorragie au neuvième jour par chute d'escarre sur l'artère mésentérique inférieure. Il s'agissait dans les cas de tumeurs très avancées et profondément infectées.

Certes la mortalité immédiate paraît considérable mais en considérant :

1^o Que 45 % de ces malades dépassaient la soixantaine.

2^o Que dans certains cas, nous avons eu la main forcée par l'entourage des malades qui se trouvaient à la limite de l'opérabilité.

3^o Qu'il s'agissait de malades fatigués, anémiés, dont l'état général n'avait même pas été amélioré par l'anus préalable et les transfusions répétées, et chez lesquels il fallait cependant intervenir, on doit conclure que la méthode n'est pas sans heureux résultats. D'ailleurs nous avons poussé bien loin l'indication opératoire. Quand on connaît la fin des

cancéreux il est permis de reculer cette limite et de ne pas faire une chirurgie prudente.

Quant aux *résultats éloignés*, certes nos observations n'ont pas un recul suffisant pour pouvoir les envisager.

Cependant, en observant, les résultats des premières années de 1924 à 1930, on note que 19 amputations périnéales, 2 morts immédiates soit 10,5 %, des 17 autres que nous avons convoqués, nous avons eu 10 réponses, dont 7 survies au-dessus de trois ans et trois morts. Et 7 autres n'ont pas répondu à notre convocation.

En envisageant que 7 survies sur 17 nous notons 41 % survies éloignées dépassant 3 à 4 ans, et une dépassant même 7 ans.

Et ceci en supposant que les 7 malades qui n'ont pas répondu soient tous décédés.

En résumé, telle qu'elle est pratiquée, aujourd'hui, l'amputation périnéale nous paraît permettre une cure radicale, à condition d'ouvrir largement le cul-de-sac péritonéal en sectionnant sur les côtés le péritoine au niveau des fosses latéro-rectales, on arrive à donner suffisamment de mobilité pour abaisser l'intestin de 20 à 30 centimètres.

Il est possible ainsi d'enlever le hile vasculo-lymphatique du rectum qui est situé sur sa face postérieure à 15 ou 16 centimètres, d'ailleurs l'atteinte lymphatique est loin d'être constante.

Dans les dernières opérations de périnéale nous avons systématiquement recherché et fait un examen

anatomo-pathologique des ganglions. Sur 24 opérations nous avons trouvé seulement 7 fois des ganglions néo-plasiques, 11 fois des ganglions inflammatoires et 6 fois pas de ganglions visibles, d'ailleurs les récidives les plus fréquentes se font surtout dans le tissu cellulaire péri-rectal, les métastases ganglionnaires à distance sont rares.

LA VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE

Il est certain cependant que la voie combinée paraît du moins théoriquement plus complète parce qu'elle permet au chirurgien de travailler au grand jour et parce qu'elle autorise une large exérèse ganglionnaire.

L'abdomino-périnéale comporte deux temps :

Classiquement : le temps abdominal est le temps essentiel.

1^o Dans le temps abdominal, on sectionne l'anse sigmoïde à 10 centimètres, on ligature l'artère mésentérique inférieure, on décolle le tissu rétro-rectal en râclant la concavité sacrée. Latéralement on ligature les vaisseaux hémorroïdaux moyens. Et on suture le péritoine au-dessus de l'intestin refoulé.

2^o Le temps périnéal est court, tout le décollement ayant été fait par la voie abdominale.

Mais étant donné, les dangers d'infection péritonéale et de cellulite pelvienne, que comporte cette méthode, nous avons modifié légèrement la technique classique et contrairement à celle-ci nous avons abrégé le temps abdominal et donné la prédominance au temps périnéal.

Par le temps abdominal nous nous limitons à :

1^o La section en raquette du fond de Douglas en remontant le long du méso-côlon-pelvien.

2^o A la section de l'intestin.

3^o A la ligature des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs qui supprime ainsi l'amarre empêchant le rectum de descendre.

Ainsi le décollement du tissu cellulaire sous-péritonéal sera à peine amorcé. Nous ne sommes pas partisans de l'abaissement du côlon au périnée. Nous avons vu des malades revenir secondairement réclamer un anus iliaque gauche.

Malgré ces modifications la mortalité post-opératoire a été encore élevée.

Nous rapportons ici 10 observations de malades opérés par l'abdomino-périnéale.

Sur ces 10 opérés, 2 sont morts immédiatement, soit une mortalité immédiate de 20 %.

En notant que, sur ces dix opérés, 2 seulement dépassaient la soixantaine — que 80 % n'atteignait même pas 55 ans. On comprendra facilement toute l'importance que nous attachons à cette mortalité post-opératoire élevée ?

Nous ne voulons pas par là prétendre que l'âge a une grande importance. Mais l'âge avancé s'accompagne souvent d'un terrain déficient. Et pour nous *le terrain a autant sinon plus d'importance dans le choix de la voie d'abord, que tous les autres éléments d'appréciation.*

L'examen de la nouvelle statistique d'abdomino-

périnéale de Soupault et Leibovici, rapporté dans l'excellente thèse de Dufour, où on note une mortalité opératoire de 11 % — montre que 75 % des malades opérés ne dépassaient pas l'âge de 55 ans, que plus de la moitié étaient au-dessous de 50 ans. Il est permis de penser qu'un choix judicieux a présidé ce succès.

Quant aux résultats éloignés, nous ne le discutons pas, les malades sont la plupart opérés à partir de 1930.

En somme, l'abdomino-périnéale est une excellente opération si l'on sait par une juste appréciation de résistance de malade, limiter sa mortalité. Elle permet une exérèse ganglionnaire plus étendue. Il ne faut, cependant pas exagérer cette importance, car si l'on se trouve en présence de gros ganglions néoplasiques, pas plus que la périnéale, l'abdomino-périnéale ne mettra pas le malade à l'abri d'une récidive.

OBSERVATIONS OPÉRATIONS PÉRINÉALES

OBSERVATION 1

M^{me} Adeline G..., 59 ans.

Examinée le 24 avril 1926. Se plaint depuis un an de constipation et de pertes de sang au moment d'aller à la selle. Depuis cinq ou six semaines diarrhées, glaires, mucus, sang. Amaigrissement de quelques kilos.

Au toucher rectal : A 5 centimètres une tumeur presque annulaire à bords bourgeonnants, encore mobile. Le doigt ne peut arriver à franchir le rétrécissement néoplasique.

Azotémie : 0,35. Albumine : 0.

Anus iliaque gauche le 2 mai 1926.

Le 3 août 1926. L'état de la malade est fortement modifié : elle a pris du poids. Le facies est coloré.

Amputation périnéale le 8 août 1926.

Anesthésie : Chloroforme.

Fermeture de l'anus en bourse ; incision bi-ischiatique avec décollement recto-vaginal. On circonscrit l'anus et on ouvre les fosses ischio-rectales. Décollement du rectum de la concavité sacrée. Section des releveurs et ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens. — Ouverture du cul-de-sac de Douglas. — Amputation du rectum. — Fermeture de l'intestin par deux plans de suture. — Tamponnement Mickuliez. — Tout est laissé ouvert. — Suites

opératoires : normales. — Ablation du sac Mickuliez au huitième jour. — Plaie un peu granuleuse, avec suppuration légère dans les fosses ischio-rectales, qui se tarit d'ailleurs vite. — La malade est cicatrisée en 6 semaines.

Mars 1930 : revue en bonne santé. Revue en 1931 en bonne santé. Depuis pas de nouvelle.

OBSERVATION 2

M. P. S., 61 ans.

Consulte en janvier 1928. Rectorrhagies depuis un an après les selles, d'abondance variable.

Notons l'existence d'un bourrelet réductible.

Présente : écoulement rosé entre les selles. A également de faux besoins avec léger ténesme.

Douleur et pesanteur rectales.

Alternance de constipation et de fausse diarrhée séreuse.

N'a pas tendance à maigrir. Appétit excellent ; pas d'asthénie.

Au toucher rectal : on note hémorroïdes internes.

Sur la paroi postérieure du rectum, remontant sur cette paroi on sent des petites masses de consistance élastique, mais fermes. On notera que la pression de ces masses immobiles collées contre le sacrum réveille une douleur marquée à ce niveau.

Rectoscopie : Cancer de la région postérieure, confirmant le toucher rectal. Hauteur 8 centimètres. Un peu plus haut anneau circulaire que le rectoscope ne peut franchir.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque en janvier 1928.

Amputation périnéale en mars 1928, par le procédé habituel.

La cancer adhère très fortement au plan postérieur. Il faut racler la concavité sacrée.

Ouverture du péritoine qui permet d'abaisser largement le rectum.

Suture du cul-de-sac péritonéal au colon iléo-pelvien.

Ablation de 15 centimètres de rectum et fermeture du bout inférieur.

Tamponnement, drain, fermeture partielle en avant de la plaie périnéale.

Histologie : fragment tumeur : Epi-cylindrique.

Fragment tissu cellulaire périrectal : ganglion entièrement envahi.

Suites opératoires : bénignes. Se porte très bien en 1930 et 1932. Depuis pas de nouvelles.

OBSERVATION 3

M. J. P., 70 ans.

Examiné en septembre 1928.

Se plaint de forte constipation instituée depuis à peu près un an, entrecoupée de crises de diarrhée. Peaux et glaires dans les matières, rarement du sang.

Ballonnement et météorisme, vague douleurs coliques : quelques sensations de pesanteur dans le rectum. Légère pollakiurie.

Toucher rectal : on sent à bout de doigt à 8 centimètres une tumeur qui remonte plus haut, dont il est malaisé de préciser l'étendue.

Rectoscopie : Tumeur ayant l'aspect d'un cancer végétant.

Biopsie : Epi-Cylindrique.

État général relativement bon, appétit conservé.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il existe un certain degré de méso-sigmoïdite.

On perçoit une tumeur dont le fond descend plus bas que le Douglas.

Fermeture de la paroi par trois plans de catgut chromé.

On fait donc un anus iliaque gauche par le procédé de dissociation.

Suture du côlon en septembre 1928.

Exérés en novembre 1928.

Anesthésie : Éther.

Incision transversale à convexité antérieure périnéale.

On circonscrit l'anus de part et d'autre et on entre d'emblée dans les fosses ischio-rectales.

Découverte du bulbe, décollement périrectal. On sépare facilement et complètement le rectum de la prostate, des vésicules, jusqu'au cul-de-sac péritonéal. En arrière on décolle le rectum et toute la graisse de la concavité sacrée.

Au cours des manœuvres, l'intestin se fissure tout en bas près de l'anus. On ferme rapidement la brèche par une pince.

Ouverture du cul-de-sac péritonéal. On sectionne et on lie le Méso-rectum où on trouve un petit ganglion, confié à l'examen histologique. On sectionne l'intestin à 6 centimètres au-dessus du Douglas, nettement au-dessus de la tumeur.

Fermeture de l'intestin, fermeture du péritoine.

L'intestin est placé au-dessus du cul-de-sac péritonéal.

Hémostase ; 24 points de catgut dans la région du bulbe.

Drainage par un Mickuliez, qu'on place en arrière dans la cavité sacrée. Deux crins rétrécissent la plaie sur les parties latérales.

Histologie du fragment de ganglion mentionné plus haut : pas de lésion néoplasique.

Suites opératoires immédiates normales.

Suites éloignées en 1932 le malade se porte bien.

OBSERVATION 4

M. M., 65 ans.

Examiné en mars 1929.

Hémorroïdes depuis plus d'un an. Légères pertes de sang. Depuis huit semaines diarrhée, peaux et glaires. Amaigrissement. A l'examen grosse hémorroïde légèrement tomboisée.

Au toucher rectal et rectoscopie à 8 centimètres de l'anus rétrécissement annulaire à bords bourgeonnants, sorte de col utérin qui fait une légère invagination dans la partie haute de l'ampoule.

Le col est entouré par un petit bourrelet de muqueuse saine ; formant rigole autour de la tumeur. Le doigt peut franchir 1 ou 2 centimètres de ce défilé, mais ne peut franchir le néoplasme.

La tumeur paraît mobile.

État général médiocre.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi-cylindrique.

Le 5 mars 1929 anus iliaque gauche avec taille d'une baguette de peau, avec éperon. Suture du côlon pariétal. Suture de la peau.

Anesthésie : Ether.

Un intervalle de cinq semaines est laissé entre les deux interventions.

Le malade reprend des forces, se colore, l'appétit renaît.

Exérèse le 25 Avril.

Anesthésie rachidienne.

Fermeture de l'anus naturel.

Incision bi-ischiatique.

On pénètre dans l'espace recto-rectal et on décolle le

le rectum de la prostate ; du côté gauche adhérence qui rend le décollement plus difficile.

Section des releveurs, ouverture du péritoine et abaissement du colon pelvien.

Ligature du méso-côlon pelvien au-dessus de la bifurcation de la mésentérique inférieure. Fermeture du côlon en deux plans. Tout est laissé ouvert.

Suites opératoires immédiates : au troisième jour sonde à demeure le malade n'urine que peu ; mais tout se passe bien.

La cicatrisation se fait normalement : la plaie est fermée au bout de 7 semaines. Le malade reprend rapidement des forces et du poids.

Suites éloignées en juillet 1930, se porte très bien.

OBSERVATION 5

M. M. L., 68 ans.

Examiné en avril 1929.

Se plaint depuis quelques mois de sensation de pesanteur dans le rectum avec quelques fausses envies et léger ténésme.

Remarque de temps en temps un peu de sang rouge, réparti sur la selle.

Quelques rares douleurs, passagères, n'ayant pas inquiéter le malade.

Peaux et glaires rares.

Depuis très peu de temps, il sent une légère envie d'uriner ; non suivie d'évacuation, mais ne l'obligeant pas à se lever la nuit.

État général excellent ; amaigrissement minime.

Aspect floride.

Toucher rectal : à 6 centimètres tumeur assez massive,

dures avec végétation saignant au contact du gant, de mobilité moyenne.

Rectroscopie : tumeur de la partie sacrée du rectum ; avec végétation et ulcération.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi. cylindrique.

Anus iliaque gauche : avril 1929.

Anesthésie : Chloroforme.

Le côlon ileo-pelvien est très peu mobile, fixé dans la fosse iliaque gauche. On l'attire difficilement et il est enveloppé de grosses franges épiploïques dont on doit le libérer.

Suture du péritoine pariétal au côlon.

Constitution d'un anus avec éperon.

Exérèse de la tumeur : Juin 1929.

Incision périnéale, découverte de l'espace décollable. On poursuit le décollement en rasant la concavité du coccyx et du sacrum. On peut abaisser le rectum au-dessus du néoplasme. Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Section de l'intestin et fermeture par surjet. On fixe la fermeture aux lèvres du fond du Douglas. Tout est laissé ouvert. Tamponnement.

Au moment de l'exérèse, on se rend compte qu'il existe un petit abcès périnéoplasique, situé dans le côté droit de la paroi rectale.

Suites opératoires immédiates : Le malade dont l'anus fonctionne parfaitement a engraisé. Mais il arrive parfois qu'un peu de matière passe du bout supérieur dans le bout inférieur, et de ce fait la plaie périnéale n'est pas tout à fait cicatrisée. On décide de mieux isoler, et sous anesthésie locale on déplace le bout inférieur de l'anus qu'on reporte un peu plus bas, en interposant entre les deux bouts, de la peau ; de cette façon on obtient un isolement complet et on évite le passage des selles du bout supérieur dans le bout inférieur.

OBSERVATION 6

M. M. L., 65 ans.

Examiné en janvier 1929.

Début de l'affection il y a 9 mois. A eu pendant une série de jours des diarrhées, jusqu'à 10 selles par jour. Puis les diarrhées ont fait place à des fausses envies survenant tous les deux ou trois jours, accompagnées d'un peu de ténésme. Habituellement celles-ci n'aboutissaient qu'à l'émission de quelques gaz.

Progressivement, ces envies et les ténésmes sont devenus plus impérieux et donnaient lieu à l'expulsion de mucus. Actuellement perd en plus du sang, et fait souvent du sang pur. Souffre beaucoup de son état, élancements et fourmillements.

A eu un accident il y a 15 mois : chute d'une échelle. Pendant qu'il était encore couché pour son accident il, a eu pendant quelques jours de faux besoins.

Toucher rectal : on trouve entre 7 ou 8 centimètres une masse bourgeonnante en chou-fleur, saignant au contact du doigt. Elle ne semble pas très adhérente avec les organes antérieurs.

Biopsie : Epi-cylindrique.

Anus iliaque gauche. En février 1929.

Incision iliaque gauche. Parois épaisses et graisseuses.

Le ventre ouvert on trouve un côlon iléo-pelvien à méso court qui se laisse très mal attirer au dehors. Le côlon est enveloppé de franges épiploïques très développées et graisseuses. On doit en réséquer toute une série. On s'efforce de placer l'anus sur la partie haute de l'anse sigmoïde. On suture le méso au péritoine pariétal après avoir glissé au-dessus du côlon une compresse roulée.

Fermeture de la paroi sur trois plans au catgut.

Avril 1930. — Réfection de l'anus iliaque qui s'est rétréci.

Incision de part et d'autre de l'anus iliaque de 2 centimètres. On décolle l'intestin et on libère des plans fibreux aponévrotiques. On l'attire en haut et on refait un anus en attachant soigneusement la muqueuse intestinale à la peau.

Exérèse en mai 1929.

Anesthésie : rachidienne.

Incision en forme de T circonscrivant l'anus. Isolement du rectum ; décollement de la tumeur de la concavité du du sacrum où elle adhère. Successivement on décolle la prostate, les vésicules, la vessie. On ouvre le cul-de-sac péritonéal et on sectionne le méso qu'on lie en trois paquets. Ce méso apparaît infiltré très haut.

Fermeture du côlon iléo-pelvien en 2 plans, on le replace au fond du Douglas et on rabat le péritoine au-dessus de lui. Un Mickulicz est placé dans la concavité du sacrum. Suture très partielle en avant pour recouvrir le cul-de-sac du bulbe.

Suites opératoires : mort au 7^e jour ; température à 38°,5. Signes de défaillance cardiaque ; raréfaction des urines dès le 3^e jour. Toni-infection ;

OBSERVATION 7

M^{me} R. S., femme S. 56 ans.

Vient consulter le 20 décembre 1929.

Opérée d'hémorroïdes il y a 8 mois.

Présentait à ce moment des hémorroïdes de vieille date, probablement un prolapsus.

Il y a quelques semaines a eu brusquement des crises cystalgiques avec vives douleurs de la fosse iliaque droite et constipation. Deux fois en huit jours elle fait une hé-

morragie abondante, avec caillots de sang et vague état nauséeux.

Au toucher rectal on sent sur la paroi rectale droite une grosse masse dure à 5 centimètres de l'anüs.

La rectroscopie montre deux fois à huit jours d'intervalle, une tumeur de couleur noirâtre, donnant l'aspect d'une coupe de foie de veau.

Biopsie : Sarcome.

Anus iliaque gauche avec adossement en éperon des deux anses du côlon pelvien.

Anesthésie : Éther.

Amputation périnéale le 20 février 1930.

Anesthésie : Chloroforme.

La constitution d'un anus iliaque a fait engraisser la malade.

Incision transversale à concavité postérieure en avant entre la fourchette et le rectum. Puis on incise, de part et d'autre de l'anüs, jusqu'à la fourchette du coccyx pour encadrer l'anüs. Décollement progressif de la paroi par la face postérieure du vagin jusqu'au niveau de l'espace décollable.

Incision des fosses ischio-rectales, résection de la pointe du coccyx et ouverture du cul-de-sac de Douglas.

Ligature du mésocôlon pelvien et abaissement progressif du rectum.

Amputation large du rectum et on amène l'anüs à la peau.

Quelques points rétrécissent la brèche.

Tamponnement par de la gaze.

Suites opératoires immédiates. Simples. La température oscille entre 37°5 et 38°4.

Mickulicz enlevé au huitième jour. La plaie est bourgeonnante.

Ablation de la sonde de Betzer au douzième jour.

La plaie se cicatrise peu à peu, mais on assiste à la chute d'une petite escarre de la paroi postérieure du vagin,

estarre faisant communiquer la cavité vaginale avec la cavité résultant de l'intervention.

Suture de la paroi postérieure du vagin.

Début avril. — La plaie est presque entièrement cicatrisée. La malade sort le 25 mai. Depuis aucunes nouvelles.

OBSERVATION

M. A. C., 50 ans.

Consulte en février 1930.

Se plaint d'hémorragies apparues depuis trois mois, elles surviennent tous les jours après chaque selle, très peu abondantes, de couleur rouge ; recouvrant les matières. Deux à trois selles par jour, normales. De temps à autres fausses envies.

Amaigrissement assez notable.

Pas de douleurs.

Soigné depuis 3 à 4 mois, pour troubles gastriques, disparus à l'heure actuelle.

Retoscopie et toucher rectal. A 5 centimètres, masse végétante, dure au toucher sur la paroi latérale droite du rectum.

Paroi très facilement mobilisable.

Le rectoscope s'enfonce sans difficultés jusqu'à 25 centimètres.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi-cylindrique.

Anus iliaque gauche, le 2 mars, avec lambeau cutané.

Le 4 avril l'état général s'est modifié de telle façon qu'on peut faire l'opération.

Amputation périnéale, le 4 avril 1930.

Amputation périnéale du rectum avec fermeture du

bout intestinal et suture par des plans de catgut collar-golé.

Mickulicz.

Tout est laissé ouvert.

Suites opératoires immédiates : normales. Le malade quitte le service deux mois plus tard en bonne santé.

Suites éloignées : Depuis sans nouvelles.

OBSERVATION 9

M. A. R., 49 ans.

Examiné en février 1930.

Souffre depuis des années de diarrhée-constipation avec peaux, glaires, traînées de sang. Depuis 6 mois, diarrhée à l'état chronique. Soigné depuis 18 mois pour entérite.

Toucher rectal et rectoscopie : à 8 centimètres de l'anus le doigt s'enfonce dans un défilé qui n'admet que l'extrémité de l'index et il est impossible de franchir la limite supérieure de la tumeur. Quand on explore le pourtour de la partie inférieure, on touche une rigole composée de muqueuse rectale saine et tenant à la présence d'un début d'invagination de la zone rectale rétrécie dans l'ampoule rectale.

L'ensemble de la tumeur paraît mobile, tout au moins dans la partie inférieure, la partie supérieure étant inaccessible.

La rectoscopie ne peut non plus franchir le rétrécissement.

Azotémie : normale.

Albumine : 0.

Biopsie : Epi-cylindrique.

Anus iliaque préalable février 1930.

Exérèse en avril 1930.

Anesthésie : rachidienne (10 centigrammes stovaïne).

Béniqué dans l'urètre.

Incision arciforme périnéale : on amorce le décollement urétro-rectal et on tombe dans la zone décollable, mais on se rend compte qu'il y a des adhérences intimes entre la tumeur rectale et la prostate.

Incision à droite et à gauche des deux fosses ischio-rectales, section des releveurs et résection coccyx.

On décolle la tumeur du plan sacré où elle adhérerait fortement sur les parties latérales, au-dessus des releveurs ; il y a envahissement néoplasique le long des ailerons du rectum.

Ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens, puis de la paroi pelvienne.

On reprend le décollement antérieur et on taille une lame de prostate de 8 à 10 millimètres d'épaisseur pour enlever la totalité de la tumeur déjà infiltrée aux organes antérieurs.

Ouverture du fond du cul-de-sac péritonéal : le cul-de-sac sur les côtés et le méso en arrière sont infiltrés par le processus néo-plasique.

On décolle en arrière, et sur les côtés, le cul-de-sac péritonéal du plan sacré, et on passe macroscopiquement en zone saine.

Fermeture par deux plans du bout supérieur colique et invagination, ligature du méso en deux et trois paquets. Fermeture de la brèche péritonéale suturant d'abord les deux bouts du péritoine puis le péritoine au début du muscle ischio-coccygien.

Deux petites mèches dans la cavité péritonéale.

Suture de la prostate qu'on plisse transversalement pour en faire l'hémostase.

Tout est laissé ouvert. Sac de Mickulicz.

Examen de la pièce : Tumeur ulcéreuse, développée sur la totalité des parois rectales. Le bord inférieur de la tumeur commence à 7 centimètres environ de l'anus. Mais

la tumeur remonte sur une hauteur de 12 centimètres, est ulcérée, peu bourgeonnante ; développée sur toutes les faces du rectum.

En arrière elle tenait au plan sacré, mais on a pu l'en décoller en raclant la concavité sacrée.

En avant, après avoir détruit la paroi rectale, elle faisait corps avec la prostate, d'où nécessité d'enlever une tranche de l'organe. En haut envahissement sur les côtés et en arrière du cul-de-sac péritonéal et de la graisse recto-rectale.

Donc forme ulcéreuse ayant déjà franchi les parois du rectum et envahi la prostate, adhérences au sacrum mais sans pénétration, envahissement d'autre part du fond du Douglas et du Mésos.

Suites opératoires immédiates : Le malade supporte parfaitement l'opération. Se sent bien, pas de frissons.

Urines : le premier jour 100 grammes mais à partir du troisième jour, n'urine presque plus et malgré sérum glucosé hypotonique le malade meurt le sixième jour d'urémie.

OBSERVATION 10

Mme P., 58 ans.

Consulte en avril 1930.

Depuis 2 ans remarque au bout de l'anus une tuméfaction indolente qu'elle a sentie pour la première fois en introduisant un suppositoire :

Il y a un an, a eu spontanément un peu de sang tachant légèrement le linge.

En décembre 1929, souffre légèrement la nuit de la région anale.

En février 1930, consulte un médecin qui pense à des hémorroïdes.

En avril consulte l'un de nous.

Amid Mehdi.

On constate un écoulement séro-purulent par l'anūs, sentant mauvais, occasionnant du prurit.

Toucher rectal : impossible à pratiquer à cause des douleurs ; on donne à la malade un peu d'éther. Le doigt introduit, sent une tumeur ulcéreuse développée au niveau du canal et comparable à la moitié d'un abricot.

Un doigt vaginal et un doigt rectal permettent de constater une légère adhérence, malgré que les deux muqueuses glissent encore.

La nécessité de sacrifier la paroi postérieure vaginale au cours de l'exérèse s'impose.

Avril 1930. Anus iliaque.

Anesthésie : Chloroforme.

Malade un peu cyanosée (bronchite chronique).

Anus iliaque gauche avec point cutané.

Gros intestin un peu dilaté. Suture.

La malade est revue en mai : elle est en parfait état. Toute rosée, se sent transformée « comme elle n'a pas été depuis plusieurs années ».

Amputation périnéale en mai 1930.

Anesthésie : rachidienne scurocaïne.

Incision à droite et à gauche de l'anūs préalablement fermé en bourse.

On fend le vagin sur les parties latérales et en arrière pour enlever avec la tumeur et le rectum la paroi vaginale postérieure.

Section vers le bas : ouverture du péritoine.

Section du rectum, à 16 centimètres de l'anūs.

Fermeture du bout rectal par deux surjets.

Fermeture du cul-de-sac périnéal.

Suture du vagin qui se trouve très rétréci.

Mickulicz au niveau de la plaie périnéale.

Suites opératoires immédiates. Malade très nerveuse, souffre beaucoup les premiers jours, sans qu'il y ait de complications.

Huit jours plus tard, ablation du sac de Mickulicz.

Début juin : Belle plaie.

Fin juin : plaie cicatrisée.

Vers début août : à l'examen présente en arrière une zone de sclérose cicatricielle.

Suites opératoires éloignées revue en 1930 se porte bien.
Décédé en 1933.

OBSERVATION 11

Madame A. T., Vve B., 63 ans.

Vient consulter en mai 1930 pour hémorroïdes apparues depuis longtemps. Se plaint d'hémorragies de sang rouge foncé, abondantes et fréquentes. Elle en a presque à chaque selle.

Au moment de la défécation, douleurs violentes surtout les derniers temps, que la malade déclare insupportables.

Depuis le mois de février, elle a en plus des diarrhées, 4 à 5 fois par jour avec de faux besoins fréquents.

Amaigrissement de 5 kilogrammes.

Anorexie élective pour viande et graisse.

Toucher rectal. On trouve à 5 centimètres sur la paroi droite, une masse végétante saignant facilement, cachée derrière un repli de la muqueuse. On ne sent pas d'ulcération. Paroi vaginale libre.

La rectoscopie confirme après plusieurs essais le diagnostic.

Biopsie : Epi-cylindrique.

Anus iliaque, mai 1930.

Amputation périnéale le 17 juin 1930.

Anesthésie : Ether.

Fermeture de l'anus par double fil.

Incision curviligne périnéale. Dédoublément de la cloison recto-vaginale. Incision des muscles releveurs, décollement

du rectum de la concavité sacrée avec résection du coccyx. Le néoplasme est situé sur le côté droit et infiltre l'espace pelvirectal supérieur. Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Section du côlon à 6 centimètres au-dessus de la tumeur. Ligature le plus haut possible du méso-rectum, au-dessus du hile ganglionnaire. Fermeture de l'intestin par deux plans et fermeture du cul-de-sac péritonéal. Mickulicz. Sonde à demeure.

Suites opératoires immédiates : bénignes.

Suites éloignées : décédé le 15 juillet.

OBSERVATION 12

Monsieur G., 56 ans.

Examiné en mai 1930.

Souffre depuis un an de constipation continuelle, qui auparavant n'était que périodique.

Depuis six mois, il trouve du sang rouge dans ses matières. Celles-ci sont rubannées et filiformes.

Le sang apparaît quelquefois avant les selles ou après ou plus rarement en dehors de la défécation. Ce sang a une couleur rose.

Avant les défécations, le malade a une sensation douloureuse qu'il qualifie de « sensation de sténose ».

Quelques faux besoins depuis longtemps.

Vague sensation à la miction, qui s'effectue pourtant bien.

Souffre davantage quand il est fatigué.

Amaigrissement de 5 kilogrammes en deux mois.

Toucher rectal : 8 centimètres, le canal est rétréci par une tumeur végétante qui occupe toute la circonférence. Elle est entourée d'une rigole de muqueuse saine et fait saillie dans la lumière de l'ampoule.

Rectoscopie : aspect typique de néoplasme avec rebord en lobe d'oreille.

Biopsie : Epi-cylindrique.

Anus iliaque gauche en mai 1930.

Amputation périnéale en juin 1930.

Anesthésie : Ether.

Amputation périnéale sans grande difficulté. Le décollement antérieur est facile.

Suites opératoires immédiates : bénignes, sans aucune complication.

Suites éloignées : actuellement le malade se porte très bien.

OBSERVATION 13

M. F., 64 ans.

Examiné le 2 juin 1930.

Souffre depuis 8 mois de petites hémorragies pendant les selles. Les défécations sont depuis ce temps douloureuses, mais normales. A remarqué une petite proéminence, se réduisant d'ailleurs spontanément.

Pas d'amaigrissement. Bon appétit ; bonnes digestions.

A été un grand alcoolique, mais ne boit plus depuis quelques mois.

Porteur de varices.

L'examen révèle un petit bourgeon au niveau de la commissure antérieure. Dès qu'on déplisse la muqueuse anale, on voit une plaque dure qui saigne.

Au toucher rectal, on sent une masse dure, qui se prolonge à l'intérieur du canal sur 3 à 4 centimètres.

État général excellent.

Amputation périnéale en septembre 1930 après anus iliaque préalable en août.

Anesthésie : rachidienne.

Incision périnéale circonscrivant l'anus.

Le décollement antérieur du rectum est rendu difficile par la graisse.

La libération latérale et postérieure est facile.

Évidement complet des fosses ischio-rectales.

Ouverture du Douglas et section du rectum.

Fermeture en deux plans de l'intestin. Mickulicz.

Pièce : Tumeur volumineuse à la partie moyenne de l'ampoule.

Pérectite et ganglions de la face postérieure.

A l'ouverture tumeur largement ulcérée, adhérent en avant au plan prostatovésical.

HISTOLOGIE : Epi-pavimenteux.

Suites opératoires immédiates : bénignes. Actuellement en bonne santé.

OBSERVATION 14

M. L. A., 62 ans.

Examiné le 24 juin 1931.

Le malade consulte pour des signes d'entérite, envie fréquente d'aller à la selle. Pesanteur rectale, ténésme. Il y a deux semaines, selles sanglantes, sang noirâtre ; mauvais état général, très fatigué.

Le toucher rectal : à 6 centimètres de l'anus, on tombe sur une tumeur fermant complètement la lumière intestinale, le doigt ne peut pas franchir le rétrécissement néoplasique.

Le 28 juin, *anus iliaque gauche*.

Amputation périnéale par le procédé habituel : le 26 juillet 1931, le décollement prostatorectal est rendu difficile par le fait que les deux ischions sont près l'un de l'autre, laissant peu d'espace libre, il existe un cul-de-sac du bulbe très développé qu'il faut contourner. La tumeur rectale

est volumineuse de la taille de deux gros poings, avec une grosse gangue de périrectite. Le cancer est un peu au-dessous du cul-de-sac de Douglas sans l'atteindre mais la périrectite remonte haut surtout en arrière le long du pédicule hémorroïdal. Ouverture du Douglas section de l'intestin à 5 centimètres au-dessus de la tumeur on enlève aussi haut que l'on peut de la gangue périrectale postérieure et on est en arrière, en raclant le sacrum à la hauteur du promontoir.

Examen de la pièce : la tumeur offre l'aspect d'une énorme ulcération qui occupe la presque totalité du rectum. Le rectum étalé, il subsiste une zone de 1 centimètre à peu près zone saine sous forme d'un canal. Quand le rectum est en situation normale les bourgeons qui bordent l'ulcération font que la tumeur a l'aspect strictement circulaire.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions envahis.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suites éloignées : pas de nouvelles depuis 1932.

OBSERVATION 15

Monsieur F. J., 57 ans.

Examiné le 12 janvier 1931.

Depuis un an environ le malade présente des douleurs, de la diarrhée, des selles glaireuses, des hémorragies.

Le toucher rectal : à 8 centimètres grosse tumeur végétante paraissant mobile.

L'anus iliaque gauche le 13 janvier 1931.

Le 22 janvier, on pratique l'amputation périnéale par le procédé habituel. La tumeur est assez haut située, l'abaissement du rectum est difficile.

20 centimètres du côlon et du rectum ont été enlevés.

Examen anatomo-pathologique.

a) Pièce : épithélioma cylindrique.

b) Ganglions : ne présentent aucune colonne néoplasique.

Suites opératoires normales.

Suites éloignées : revu le 4 août 1931. Excellent état général, cicatrice périnéale fermée.

Le 7 mars 1934 : excellent état général, l'anus iliaque fonctionne régulièrement une fois par jour sans aucune gêne pour le malade.

OBSERVATION 16

Monsieur D. E., 62 ans.

Examiné le 12 septembre 1931.

Début il y a un an, par une forte constipation entrecoupée de crises de diarrhée.

Sensation de pesanteur dans le rectum.

Légère pollakiurie.

Le toucher rectal : à 8 centimètres de l'anus à bout de doigt on sent une tumeur ulcérée, qui remonte haut, on ne peut pas préciser exactement son étendue.

Le 15 septembre 1931. Anus iliaque gauche.

Le 8 octobre 1931 on pratique l'amputation périnéale : dans le décollement antérieur on note quelques adhérences scléreuses qu'on arrive à libérer.

Après ouverture du cul-de-sac péritonéal on arrive à enlever 30 centimètres de rectum et de côlon.

Examen de la pièce :

Il s'agit de large tumeur ulcérée et bourgeonnante de la taille d'une paume de main.

Le tissu cellulaire ischio-rectal a été enlevé, il existe des ganglions dans la graisse qu'on prélève pour examen.

Examen anatomo-pathologique.

a) Pièce : épithélioma cylindrique.

b) Ganglions : pas d'envahissement.

Suites opératoires immédiates normales.

Suite éloignée : revue en janvier 1934, excellent état général.

OBSERVATION 17

Monsieur B. G., 57 ans.

Examiné le 5 janvier 1931.

Début il y a 6 mois par des selles diarrhéiques sanglantes léger ténesme, sensation de pesanteur rectale.

Le toucher rectal : à 7 centimètres de l'anus large tumeur ulcérée saignante sur la paroi antérieure du rectum, la tumeur est mobile.

L'anus iliaque gauche le 8 janvier 1931.

L'anse ilio-pelvien est mobile.

L'amputation périnéale le 14 février par le procédé habituel sans incident opératoire.

Examen de la pièce : on a enlevé 20 centimètres de rectum. La pièce ouverte on trouve une ulcération située à 8 centimètres de l'anus sur la face antéro-latérale. Elle est de la taille d'une pièce de cinq francs.

Pas de ganglions visibles.

Examen anatomo-pathologique.

Epithélioma cylindrique.

Suite immédiate normale.

Suite éloignée : revue en mars 1934, excellent état général.

OBSERVATION 18

Monsieur M. F., 35 ans.

Examiné le 8 décembre 1931.

Début environ deux ans par des troubles de la défécation, constipation suivie de selles diarrhéiques glaireuses et sanglantes.

Le toucher rectal : à 5 centimètres de l'anus, sur la paroi postérieure gauche on sent une tumeur ulcérée, saignant facilement. On franchit difficilement le bord supérieur.

Anus iliaque gauche le 11 décembre 1913.

Le 19 janvier 1932 : amputation périnéale par le procédé habituel.

Le décollement prostato-rectal est rendu difficile par l'abondante vascularisation de la région.

Ouverture du cul-de-sac péritonéal section de l'intestin à 7 centimètres au-dessus de la tumeur. Fermeture de l'intestin en deux plans. Fermeture du Douglas. Mickulicz.

Examen de la pièce :

Tumeur ulcérée située sur la paroi postérieure gauche du rectum à 5 centimètres de l'anus, du volume d'une petite paume de main. Malgré une dissection attentive, pas de ganglions à la face postérieure du rectum.

Examen anatomo-pathologique :

Epithélioma cylindrique, pénétrant dans la sous-muqueuse, inflammation abondante surajoutée avec plage de nécrose superficielle.

Suite immédiate normale sans aucun incident.

Suite éloignée revue le 7 mars 1934 : très bon état, aucune récurrence ni métastase. L'anus iliaque fonctionne très bien régulièrement une fois par jour le matin, le malade a repris ses occupations.

OBSERVATION 19

Monsieur D. A., 57 ans.

Consulte le 20 septembre 1931.

Début environ un an et demi : par des sensations de pesanteur de corps étranger dans le rectum. Ténésme.

Depuis six semaines selles sanglantes glaireuses. Avec amaigrissement très marqué, mauvais état général.

Le toucher rectal : on sent au bout du doigt à 8 centimètres une tumeur énorme presque circulaire, le doigt ne peut pas franchir le rétrécissement néoplasique. La tumeur est encore mobile.

Anus iliaque gauche le 23 septembre 1931. Le côlon ilio-pelvien se laisse facilement attirer dehors.

Trois semaines après, l'état général est nettement amélioré et les troubles fonctionnels moins intenses.

Amputation périnéale le 15 octobre 1931. Suivant le procédé habituel.

Examen de la pièce : à 8 centimètres de l'anus énorme tumeur ulcérée et bourgeonnante pratiquement circulaire. Il existe juste une petite rigole large de 1 centimètre.

Il existait trois gros ganglions à la face postérieure de la tumeur et un peu au-dessus d'elle enlevé en même temps.

Examen anatomo-pathologique.

a) Pièce : épithélioma cylindrique.

b) Ganglions : envahis.

Suites opératoires immédiates normales. Suites éloignées, décédé le 5 mai 1932. Nous ne savons pas s'il s'agissait d'une récidive.

OBSERVATION 20

Monsieur R. G., 59 ans.

Examiné le 5 août 1931.

Présente des douleurs et pesanteurs périnéales accompagnées de selles diarrhéiques sanglantes.

Le début remonte à un an.

Amaigrissement, mauvais état général.

Le toucher rectal :

On sent au bout du doigt et en avant une grosse tumeur, on ne peut pas explorer la limite supérieure.

Le 14 août 1931, anesthésie chloroforme.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, pour explorer la limite supérieure de la tumeur. On se rend compte que la tumeur ne va pas sur le fond du cul-de-sac du Douglas, et qu'elle n'adhère pas au péritoine vésical.

Le côlon ilio-pelvien est court, ce qui gêne pour l'établissement de l'anus iliaque sur la partie haute du côlon pelvien.

Suture de la paroi en trois plans au catgut chromé. On établit un anus iliaque gauche.

Le 24 septembre 1931 : *Amputation périnéale* du rectum par le procédé habituel. A gauche, on trouve un prolongement de nature suspecte remontant dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Fermeture de l'intestin en deux plans. Fermeture du péritoine. Mickulicz.

Examen anatomo-pathologique.

a) Pièce : épithélioma cylindrique.

b) Ganglions envahis.

Suites opératoires : décédé le 30 septembre dans un état de fatigue et de dépression générale. Pas de signe d'urémie.

OBSERVATION 21

Monsieur V. P., 60 ans.

Consulte le 9 mars 1931.

Depuis deux ans le malade présente des selles diarrhéées. Exagérées depuis deux mois avec douleurs intenses au moment de la défécation.

Très mauvais état général.

Le toucher rectal :

Révèle un cancer ano-rectal ulcérant, saignant et bas situé.

Le 12 mars 1931 : anus iliaque gauche.

On fait en même temps un évidemment et curage ganglionnaire bilatéral du creux inguinal.

L'examen anatomo-pathologique de ces ganglions montre un envahissement néoplasique des deux côtés.

Le 14 avril : amputation périnéale par le procédé habituel.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce révèle un épithélioma cylindrique.

Suites opératoires immédiates : le malade fait une phlébite post-opératoire au vingtième jour.

Il sort guérit deux mois après.

Suites éloignées, le malade se porte bien en 1933.

Décédé fin 1933. Sans que nous sachions s'il a fait une récidive.

OBSERVATION 22

Madame D. J., 59 ans.

Examiné le 20 janvier 1931.

La malade présente depuis deux ans des troubles de défécation : constipation entrecoupée de diarrhée.

Depuis deux mois elle présente des selles noirâtres. Avec amaigrissement considérable et perte d'appétit.

Le toucher rectal révèle au bout du doigt une ulcération indurée circulaire infranchissable. La tumeur paraît peu mobile.

Le toucher vaginal : les culs-de-sac latéraux paraissent libres, mais dans le cul-de-sac postérieur on sent une large induration, la muqueuse vaginale glisse difficilement.

On établit le 22 janvier 1931, *anus iliaque gauche*. L'anse ilio-pelvien et relativement mobile.

Le 17 février 1931 *l'amputation périnéale* : incision de part et d'autre de l'anus, se rejoignant en arrière les fosses ischio-rectales, on sectionne en avant les attaches du vagin aux branches ischio-pubiennes, de la sorte la tumeur, le rectum sont enlevés en un bloc. On dépasse franchement en haut des zones saines. Mais c'est sur les côtés, et surtout à droite que la tumeur a poussé ses prolongements. Ouverture du Douglas, section du rectum après la ligature du méso. Fermeture du rectum et du péritoine. Quelques points reconstituant un petit cylindre vaginal. Mickulicz.

Examen de la pièce : l'ulcération rectale a déjà envahi la cloison recto-vaginale. Il s'agit d'un cas défavorable déjà étendu.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : épithélioma cylindrique.

b) Ganglions envahis.

Suites immédiates : la malade est décédée le 20 février 1931 d'infection.

OBSERVATION 23

Monsieur M. Ch., 58 ans.

Examiné le 5 décembre 1932.

Consulte pour hémorragies et selles diarrhéiques depuis six mois.

Amaigrissement notable.

Au toucher rectal : à 5 centimètres de l'anūs, on sent une tumeur ulcéreuse végétante peu mobile.

L'anūs iliaque gauche le 9 décembre 1932 ; trois semaines après, amélioration de l'état général.

Amputation périnéale le 6 janvier 1933, par le procédé habituel.

On note des adhérences, absolument intimes sur le côté gauche avec la corne de la prostate, et il existe un large pédicule, d'envahissement qui remonte dans l'espace rectal du côté gauche. Dans un temps secondaire, on en lève au bistouri électrique la corne gauche de la prostate avec la majeure partie de la vésicule séminale et les tissus graisseux avoisinant. Fermeture de l'intestin en deux plans. Mickulicz.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epithélioma-glandulaire typique infiltrant toutes les couches, réalisant les images sur les deux fragments prélevés. Le fragment prostatique est normal.

b) Ganglions non envahis.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suite éloignée : revue 15 mars 1934, excellent état général.

OBSERVATION 24

Monsieur B. G., 51 ans.

Examiné le 25 octobre 1931.

Depuis un an environ, le malade présente des crises de diarrhée et de constipation.

Depuis quelques mois des troubles urinaires : pollakiurie.

Le toucher rectal : à 8 centimètres de l'anūs, on sent une tumeur volumineuse bourgeonnante, obstruant complètement la lumière intestinale.

L'anūs iliaque gauche, 28 octobre 1931. Le cōlon ilio-pelvien est mobile.

Amputation périnéale le 2 décembre 1931 par le procédé habituel. On enlève l'aponévrose de Denonvillier à cause d'adhérences entre rectum et prostate.

Examen de la pièce : grosse tumeur du volume d'une paume de main, bourgeonnante, peu ulcérée, faisant le tour complet du rectum, obstruant presque complètement la lumière.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epithélioma glandulaire infiltrant profondément les couches musculaires, mitoses nombreuses. Infection secondaire, avec abondante infiltration polynucléaire.

b) Ganglions envahis.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : revu fin 1933, excellent état général.

OBSERVATION 25

Madame R. V. G..., 53 ans.

Examinée le 4 août 1931.

La malade présente depuis deux ans des troubles de défécation : constipation entrecoupée de selles diarrhéiques et sanglantes.

Bon état général, pas de perte d'appétit.

Le toucher rectal : Ulcération à 6 centimètres de l'anūs infranchissable.

Anūs iliaque gauche le 8 août 1931.

Amputation périnéale en septembre 1931 par le procédé habituel.

Examen anatomo-pathologique :

Ganglions inflammatoires sans aspect de prolifération néoplasique.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : excellent état général fin 1933.

OBSERVATION 26

Monsieur T. P., 65 ans.

Examiné le 13 mai 1932.

Le malade souffre depuis un an d'hémorragies pendant les selles avec un peu de pesanteur périnéale. Pas d'amaigrissement, bon appétit.

Le toucher rectal révèle à 7 centimètres de l'anus, une masse bourgeonnante, saignante ; au contact du doigt, la tumeur est mobile.

Anus iliaque gauche le 17 mai 1932. L'anse est à méso court, on décolle légèrement pour l'amener dehors.

Amputation périnéale le 14 juin 1932 par le procédé habituel.

Une abondante hémorragie se produit à la fin de l'opération : sang veineux venant de la face antérieure du sacrum près de la moitié gauche et qui est dû à la déchirure d'une veine du plan sacré, le vaisseau est impossible à pincer ; on tamponne.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epithélioma glandulaire typique en évolution mucoïde, ayant envahi et dépassé les couches musculaires. Mitose et monstruosité assez volumineuses.

b) Ganglions pas envahis.

Suites immédiates : sans incident.

Suites éloignées : revu 19 janvier 1933, bon état général, orchite légère à droite. Urines troubles.

10 mars 1934. Excellent état général.

Amid Mehdi.

OBSERVATION 27

Monsieur P. Ph., 65 ans.

Examiné le 11 octobre 1932.

Présente des selles sanglantes avec ténisme.

Amaigrissement très marqué.

Le toucher rectal révèle une tumeur ulcérée saignante à la face antérieure du rectum à 8 centimètres de l'anus. La tumeur est mobile.

Anus iliaque gauche le 14 octobre 1932.

Amputation périnéale le 10 novembre 1932 par le procédé habituel.

Adhérences antérieures entre prostate et rectum, on arrive cependant à passer en enlevant la capsule prostatique. Libération progressive des ailerons du rectum. Ouverture du cul-de-sac du Douglas, on arrive au-dessus de la tumeur. Section de l'intestin et fermeture en deux plans.

Examen de la pièce : Large tumeur ulcérée du volume d'une paume de main, occupant la face antérieure du rectum, le bord inférieur est situé à 6 ou 7 centimètres de l'anus.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Infiltration épithéliomateuse glandulaire massive avec très nombreuses mitoses et réaction du tissu conjonctif musculaire.

b) Ganglions : Pas de ganglions visibles.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : revu fin 1933, excellent état général.

OBSERVATION 28

Monsieur J. M., 47 ans.

Examiné le 5 octobre 1932.

Consulte pour sensation de pesanteur rectale, de troubles de défécation : constipation, diarrhée sanglante, selles noirâtres depuis deux mois.

Le toucher rectal montre une grosse tumeur à la face postérieure de la paroi rectale ; elle est mobile.

Anus iliaque gauche le 7 octobre 1932. L'anse est assez court.

Amputation périnéale par le procédé habituel le 2 novembre 1932.

Examen de la pièce : Grosse tumeur ulcérée de la taille d'une petite paume de main située sur la face postérieure gauche du rectum à 6 centimètres au-dessus de l'anus.

Présence d'un ganglion.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epithélioma glandulaire typique, d'architecture végétante avec infection secondaire surajoutée.

b) Ganglions : Inflammation sans métastase.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : revu 3 juin 1933, excellent état général.

OBSERVATION 29

Monsieur P. P., 46 ans.

Examiné le 23 février 1932.

Le malade se plaint depuis environ six mois de pesanteur anale, de sensation de corps étrangers intra-rectal.

Depuis deux mois, petites hémorragies enrobant les matières.

Amaigrissement notable, mauvais état général.

Au *toucher rectal*, on sent à 6 centimètres environ de l'anus, une tumeur presque circulaire, le doigt ne peut pas franchir le rétrécissement néoplasique.

Anus iliaque le 26 février 1932.

Peu d'amélioration quatre semaines après.

Amputation périnéale le 18 mars 1932 par le procédé habituel.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Image typique de l'épithélioma cylindrique.

b) Ganglions : Réaction inflammatoire sans métastase.

Suites opératoires immédiates : décédé le 19 mars 1932, par choc opératoire.

OBSERVATION 30

Monsieur P. A., 65 ans.

Examiné le 25 avril 1932.

Le malade présente depuis six mois des rectorragies après les selles, accompagnées de douleurs et pesanteur rectales.

Le toucher rectal révèle à 8 centimètres de l'anus, une tumeur dure avec végétations saignantes au contact du gant, la tumeur est assez mobile.

Anus iliaque le 29 avril 1932.

Amputation périnéale le 27 mai 1932 : décollement recto-prostatique rapide, facile, exsangue, amputation périnéale typique avec fermeture du bout colique en deux plans. Fermeture de Douglas. Mickulicz.

Examen de la pièce : La tumeur est de la taille d'une petite paume de main située à 8 centimètres de l'anus. L'opération est passée partout en zone saine.

La dissection de la graisse rétro-rectale permet de trouver un seul ganglion à 15 centimètres de l'anus et de la taille d'une noisette.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epithélioma glandulaire typique à cellule indifférenciée envahissant la sous-muqueuse et la musculuse.

b) Ganglions envahis.

Suites immédiates : décédé d'une embolie le 28 mai 1932.

OBSERVATION 31

Monsieur T. H., 42 ans.

Examiné le 9 mars 1932.

Le malade consulte pour troubles de défécation, constipation opiniâtre entrecoupée de diarrhée.

Depuis un mois, selles noirâtres. Mauvais état général. Amaigrissement notable.

Toucher rectal : il est impossible de se rendre compte de l'étendue de la tumeur et de sa mobilité, le doigt ne peut franchir le rétrécissement néoplasique.

On fait un toucher rectal sous anesthésie générale : on se rend compte que la tumeur très grosse s'est développée sur la paroi antérieure du rectum, elle s'étend aux deux bords latéraux de l'ampoule, laissant entre la face postérieure toute la partie saine, et cependant cachée par l'importance des bourgeonnements. Le doigt ne peut franchir le bord supérieur de la tumeur. En avant, on introduit un béniqué dans l'urètre pour se rendre compte des adhérences prostatiques. Il semble qu'il existe encore une certaine mobilité entre la tumeur et l'urètre.

Le 11 mars 1932, *anus iliaque gauche*, le côlon iléo-pelvien est dilaté.

Amputation périnéale le 8 avril 1932, décollement recto-prostatique, la tumeur volumineuse adhère largement à la face antérieure de la prostate, mais on arrive à la séparer et on enlève en un bloc le rectum et la tumeur après avoir

largement ouvert le Douglas. Sur la face antérieure du sacrum, il y a un réseau veineux présacré, une abondante hémorragie a lieu, tamponnement.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epithélioma glandulaire typique, infiltrant, sous-muqueuse et musculuse.

b) Ganglions inflammatoires.

Suites immédiates : décédé le 18 avril 1932, d'infection.

OBSERVATION 32

Madame L. M., 50 ans.

Examinée le 15 mai 1932.

Consulte pour selles diarrhéiques sanglantes, glaireuses, début remontant à environ deux ans. Amaigrissement marqué. Mauvais état général.

Au *toucher rectal* : on sent une tumeur ulcérée à 5 centimètres de l'anus, bourgeonnante, saignante, impossible de dépasser la limite supérieure. Elle paraît mobile.

Anus iliaque gauche le 20 mai 1932 : on extériorise facilement un côlon pelvien mobile. Après 4 semaines, meilleur état général.

Le 21 juin 1932, *amputation périnéale* par le procédé habituel, facile et rapide.

Examen de la pièce : on est en présence d'une ulcération formant une tumeur située au niveau de la partie postérieure à 3 centimètres environ au-dessus du sphincter anal, large comme une petite paume de main. Prélèvement d'un fragment et d'un ganglion situés à la partie supérieure de la graisse rétro-rectale.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-glandulaire typique infiltrant toute l'épaisseur de la paroi rectale, mitoses nombreuses.

b) Ganglions : Le même aspect histologique.

Suites immédiates : 6 octobre 1932, bon état général.
14 novembre 1932, récédive au niveau de l'anús périnéal
avec induration de toute la région de l'ancien anus.

Décédé le 18 avril 1933.

OBSERTION 33

Monsieur M., 57 ans.

Examiné le 2 septembre 1931.

Hémorroïdaire depuis vingt ans avec émission de sang.
Mais depuis juin 1931 constipation opiniâtre, avec sang
noirâtre à chaque selle, le médecin consulté ne trouve rien.
Depuis un mois sont apparues des douleurs dans la région
périnéale avec pesanteur rectale.

Le toucher rectal révèle à 8 centimètres environ sur la
paroi postérieure, une grosse ulcération de la taille d'une
paume de main à bords surélevés. On peut tout juste la
franchir, la tumeur ulcérée est encore mobile.

Azotémie : 0 gr. 45.

Anus iliaque gauche le 5 septembre 1931.

Le 24 septembre 1931 on pratique l'amputation périnéale
par le procédé habituel. Le décollement antérieure recto-
vesico-prostatique est rendu difficile parce que le malade
est gras et du fait qu'il est congestionné et dort mal.

Examen de la pièce : tumeur ulcérée avec épaississement
considérable de la paroi rectale dû à la périrectite scléro-
lipomateuse.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions ne présentant aucun envahissement néo-
plasique.

Suites opératoires immédiates : normales. A noter
léger accident urinaire, rétention d'urine.

Suites éloignées : revue en novembre 1932, excellent

état général. Il doit suivre cependant un régime à cause de sa tension artérielle élevée. Revue en février 1934, excellent état général. Il continue de chasser comme avant son intervention.

OBSERVATION 34

Monsieur G. L., 55 ans.

Examiné le 9 février 1933.

Depuis un an le malade est obligé d'aller à la selle tous les 3 ou 4 jours. Ses selles sont glaireuses et sanguinolentes. Son médecin consulté fait le diagnostic de dysenterie. En décembre 1932, exagération des signes fonctionnels, se décide à nous consulter.

Le toucher rectal révèle à 9 centimètres de l'anus, à la limite du doigt, une grosse tumeur végétante molle à base indurée. La tumeur semble encore mobile.

Le 11 février 1933 *on pratique l'anus iliaque gauche* : le méso est court et le côlon pelvien peu mobile.

Amputation périnéale le 6 mars 1933 par le procédé habituel, on résèque le coccyx et on ouvre à droite et en arrière de la tumeur un abcès péri-néoplasique. La tumeur est énorme touchant au plan sacré, on la décolle au doigt. En avant et à gauche on ouvre un second abcès plus haut situé, la tumeur enlevée mesure 30 centimètres, bourgeonnante, peu ulcérée avec péri-rectite.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions envahis.

Suites immédiates, brusque défaillance cardiaque avec pouls extrêmement rapide sans hémorragie au dixième jour qui emporte le malade.

OBSERVATION 35

Monsieur L., 56 ans.

Examiné le 31 août 1931.

Se plaint depuis six mois de besoins fréquents d'aller à la selle avec légers troubles urinaires. Depuis six semaines, constipation exagérée avec amaigrissement, fatigue générale, bon appétit.

Le toucher rectal révèle à 8 centimètres une tumeur formant une masse volumineuse et sensible.

La rectoscopie montre une ulcération à 12 centimètres de l'anus.

Le 6 septembre 1931, anus iliaque gauche.

Amputation périnéale le 6 octobre 1931 par le procédé habituel sans difficultés.

Examen de la pièce : tumeur de volume de pièce de mandarine, peu bourgeonnante presque circulaire.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions : pas de ganglions visibles microscopiquement.

Suites opératoires immédiates normales.

Suites éloignées ; revu en février 1934, excellent état général.

OBSERVATION 36

Madame L., 45 ans.

Examinée le 30 janvier 1931.

La malade se plaint depuis quatre mois de diarrhée, les selles sont sanglantes, elle ressent une sensation de corps étranger à expulser.

Le toucher rectal révèle à 6 centimètres de l'anus au

niveau de la paroi postérieure du rectum une ulcération formant tumeur du volume d'une petite huitre mobile sur le flanc du sacrum et peu douloureuse.

On arrive à remonter le bord supérieur de la tumeur et l'abaisser. C'est un cas relativement au début.

Le 5 février 1931, on *pratique l'anus iliaque gauche*. Le côlon sigmoïde est à anse longue, l'opération est facile.

Le 3 mars 1931, *amputation périnéale* par le procédé habituel, l'intestin se laisse parfaitement attirer au dehors. Tout est souple. L'intestin enlevé mesure 35 centimètres.

Examen de la pièce : tumeur de volume grande oreille, surélevée faisant saillie dans l'intérieur de la cavité rectale, elle occupe la paroi postérieure gauche de l'ampoule.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pilce :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions et la graisse rétro-rectale : normaux.

Suites immédiates normales sans incident.

Suites éloignées, revue en mars 1934, excellent état général.

OBSERVATION 37

Madame G., 51 ans.

Examinée le 20 novembre 1930.

Le début de la maladie remonte au mois de juillet 1930, par des douleurs, des selles glaireuses et sanglantes.

Radiographie pratiquée montre un intestin dilaté avec une zone rétrécie au-dessous.

La restoscopie montre un épi, à 16 centimètres de l'anus.

Le toucher rectal révèle à 8 centimètres de l'anus une tumeur presque circulaire invaginant dans la lumière du rectum. Avec un sillon circulaire tout autour. Le doigt s'enfonce dans le rétrécissement. La tumeur est encore mobile.

Le 22 novembre 1930 on pratique l'anus iliaque gauche : le malade est gras, le côlon est peu mobile, le méso est court. Le toucher rectal sous anesthésie confirme que la tumeur est enlevable.

Le 7 décembre 1930, amputation périnéale par le procédé habituel, sans difficultés, on note cependant l'extension de la tumeur dans l'espace pelvi-rectal gauche.

Examen de la pièce : 25 centimètres de l'intestin ont été enlevés. L'ouverture de la pièce on trouve une tumeur creusante, peu bourgeonnante, circulaire, du volume d'une paume de main, avec épaississement de la paroi. Malgré une dissection soignée on ne trouve pas de ganglions.

Examen anatomo-pathologique :

Révèle un épi-cylindrique.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suites éloignées : revue en décembre 1933, excellent état général.

OBSERVATION 38

Monsieur C., 65 ans.

Examiné fin octobre 1930.

Le début remonte à un an et demi par des troubles de la défécation et du sang dans les selles.

Au *toucher rectal* on sent à 6 centimètres de l'anus sur la paroi rectale postérieure et gauche une masse dure fixe qui forme un bourrelet circulaire autour du rectum. Le malade présente des poussées de température de temps à autre, teint jaunâtre, état général médiocre. On pose le diagnostic du cancer du rectum infecté.

Le 8 novembre 1930 on pratique une laparatomie médiane sous-ombilicale, il n'y a pas d'extension de la tumeur en hauteur, pas de métastase. On suture la paroi et on pratique un anus iliaque gauche.

Cinq semaines après, le malade n'a pas eu un grand bénéfice de son anus.

Le 15 décembre 1930, on pratique l'amputation périnéale : la tumeur tient déjà à gauche où on doit passer très en dehors en raclant la face interne de la branche ischio-pubienne, on décolle la tumeur de la concavité sacrée. Il existe un prolongement suspect à gauche. Section du côlon après ouverture du Douglas en zone saine.

Suites opératoires immédiates : simples.

Examen de la pièce : énorme tumeur bourgeonnante, grosse comme deux poings infiltrant la paroi rectale.

Examen anatomo-pathologique :

- a) Pièce : Epi-cylindrique.
- b) Gros ganglions dans le méso-rectum : non envahis.
- c) Dans la sous-muqueuse, énormes vaisseaux dilatés et confluants comme dans un angiome lacunaire.

Depuis l'opération, le malade n'a plus présenté de poussée de température et a engraisé.

Le 3 février, le malade présente une phlébite gauche avec légère élévation thermique.

Revu en décembre 1931, excellent état général, a engraisé, pèse 96 kilos.

Revu en décembre 1933, douleurs dans la fosse iliaque droite où il a été opéré de l'appendicite. On sent une masse mal limitée, on préconise la radiothérapie.

Début 1934, son état reste stationnaire actuel.

OBSERVATION 39

Madame B., 54 ans.

Examinée le 27 octobre 1930.

Depuis cinq mois, la malade présente des signes d'entérite, envies incessantes d'aller à la selle, fatigue de l'état général.

Au toucher rectal, on sent une tumeur ulcérée située à 6 centimètres de l'anus, sténosant la lumière intestinale, le doigt s'insinue tout le long d'une rigole située entre le bord inférieur de la tumeur et la paroi rectale, il peut entrer dans un rétrécissement néoplasique sans pouvoir franchir le bord supérieur. Toute la lumière intestinale est rétrécie.

Anus iliaque gauche le 30 octobre 1930.

Le 2/ novembre 1930, amputation périnéale du rectum par le procédé habituel.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Pas de ganglion visible.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suites éloignées : revue en mars 1934, excellent état général.

OBSERVATION 40

Madame A. D., 66 ans.

Examinée le 11 août 1927.

La malade présente des selles noirâtres glaireuses. Mauvais état général avec amaigrissement considérable.

Le *toucher vaginal* révèle un utérus en antéversion, le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse dure et peu mobile.

Au *toucher rectal* on sent à la partie supérieure de l'ampoule une tumeur ulcéreuse dont on ne franchit pas le bord supérieur. Le lavement bismuté montre un rétrécissement de la partie haute du rectum et une dilatation du côlon ilio-pelvien.

Le 27 août 1927 laparatomie médiane sous-ombilicale : le péritoine de Douglas est soulevé légèrement par une tumeur non infiltrée, on pratique l'anus iliaque gauche.

Le 25 septembre 1927, on pratique l'amputation péri-néale par le procédé habituel. L'opération est difficile par suite de l'extension de la tumeur sur les parties latérales. Le côlon ilio-pelvien est mobile, ce qui permet l'exérèse de 25 centimètres de l'intestin.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Un ganglion prélevé présente de l'infiltration néoplasique.

Un autre ganglion prélevé est sain.

Suites opératoires immédiates : sans incident.

Suites éloignées : revue en 1928, bon état général.

Revue en 1930, la malade va très bien. Revue en février 1934, excellent état général.

OBSERVATION 41

Monsieur N., 63 ans.

Examiné le 17 mars 1931.

Le début est imprécis, le malade a remarqué depuis deux à trois ans du sang dans les selles. Il consulte un médecin qui pense à des hémorroïdes et ne fait pas un toucher rectal. Les signes s'accroissent, apparaissent alors des selles diarrhéiques sanglantes avec amaigrissement et perte d'appétit.

Au *toucher rectal*, on note la présence d'hémorroïdes thrombosées procidentes irréductibles. A 8 centimètres en arrière et à gauche, on note une tumeur ulcérée, saillante, du volume d'une petite mandarine, le doigt passe au-dessus, la tumeur est un peu mobile, mais on sent un prolongement qui se porte vers l'espace pelvi-rectal supérieur.

Le 20 mars 1931, *anus iliaque gauche* par le procédé habituel. Le toucher rectal pratiqué sous anesthésie

révèle à 8 centimètres à gauche et en arrière une tumeur mobile, le doigt passe au-dessus.

Le 20 avril 1931, *amputation périnéale* par le procédé habituel : on se rend compte au cours de l'intervention qu'il existe une première tumeur à 7 ou 8 centimètres de l'anus, mais au delà la paroi rectale est infiltrée après ouverture du cul-de-sac péritonéal, on arrive à abaisser et à enlever 30 centimètres d'intestin.

Examen de la pièce :

A 8 centimètres de l'anus, il existe une tumeur bourgeonnante, molle, grosse comme une paume de main, rappelant la tumeur villeuse dégénérée. A 5 centimètres plus haut, séparée de la première par la muqueuse saine, on trouve un cancer ulcéré, bourgeonnant, situé au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne. On note la présence de gros ganglions durs au niveau du hile ganglionnaire.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions envahis.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : décédé au début de 1933 par récurrence.

OBSERVATION 42

Madame P., 58 ans.

Examinée le 8 avril 1930.

Début il y a deux ans, après une petite grosseur à l'anus, elle s'aperçoit pour la première fois en voulant introduire un suppositoire, la tuméfaction est indolente pendant un an et la malade ne s'en occupe pas. Il y a un an, apparition du sang dans les selles. En février 1930, la malade souffrant un peu, consulte un médecin qui pose le diagnostic hémorroïdes.

La malade nous consulte le 8 avril 1930 pour écoulement sanglant et purite anale.

Anus iliaque gauche le 10 avril 1930 au bout de cinq semaines, amélioration notable de l'état général.

Le 20 mai 1930, amputation périnéale par le procédé habituel sans incident.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions normaux.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suites éloignées : revue en septembre 1932, bon état général ; revue fin 1933, excellent état général.

OBSERVATION 43

Monsieur L., 67 ans.

Examiné le 20 septembre 1932.

Depuis un an, le malade est gêné pour aller à la selle mauvais état général.

Azotémie : 0,47.

Au *toucher rectal*, on sent à 5 centimètres de l'anūs, sur la paroi latérale droite une grosse tumeur ulcérée, limitée par un bourrelet dur, saillant remontant haut, infiltrant la fosse ischio-rectale droite, la tumeur est encore mobile mais juste à la limite de l'opérabilité.

Le 27 septembre 1932. *Anūs iliaque gauche*, au bout de trois semaines, amélioration incontestable de l'état général.

Le 23 octobre 1932, *amputation périnéale* procédé habituel typique et bien réglé.

Examen de la pièce : Tumeur ulcérée bourgeonnante, située à la partie moyenne de l'ampoule rectale sur la paroi antérieure droite. L'intestin est coupé à 7 centimètres au-dessus de la tumeur. Il existe quelques ganglions.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique, en grande partie atypique. Envahissement profond, nombreuses mitoses, quelques monstruosités cellulaires.

b) Ganglions : Lymphadénite subaiguë. Pas de signes histologiques de métastase, des nombreux fragments.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suites éloignées : revu février 1934. Excellent état général.

OBSERVATION 44

Monsieur G. U..., 56 ans.

Examiné le 28 août 1930.

Le malade présente depuis six mois des troubles de la défécation.

Au *toucher rectal*, on sent une tumeur ulcéreuse à 6 centimètres au-dessus de l'anus, sur la face latérale gauche de la grandeur de deux pièces de 5 francs. La limite supérieure est difficile à atteindre.

Anus iliaque gauche le 9 mai 1930.

Le 13 juin 1930, *amputation périnéale* par le procédé habituel, opération facile et typique.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Pas de ganglion macroscopiquement visible.

Suites opératoires immédiates normales. Guérison en cinq semaines.

Suites éloignées : revu en juillet 1932, la plaie est complètement cicatrisée sans fistule. Revu en 1933, excellent état général, le malade vaque à ses occupations et chasse.

OBSERVATION 45

Monsieur G..., 63 ans.

Examiné le 2 décembre 1931.

Le malade a déjà été opéré antérieurement en province il y a deux mois d'anūs iliaque. On avait jugé la tumeur inopérable. Mais l'anūs n'ayant pas supprimé les épreintes et les ténésmes, la température oscillant entre 39 et 37°5, le malade demande à être opéré.

Au *toucher rectal*, on sent une grosse tumeur occupant l'ampoule et paraissant fixée.

Au *toucher rectal* sous anesthésie, on sent à 6 centimètres de l'anūs, une énorme masse au-dessus de la prostate, le doigt en crochet abaisse légèrement la tumeur qui est circulaire. La tumeur envoie un prolongement dans l'espace pelvi-rectal à droite. Elle tient un peu au sacrum.

Amputation périnéale à l'anesthésie rachidienne (percaïne).

Décollement du plan sacré. Grosse difficulté en avant, la tumeur tient au plan antérieur avec prolongement dans la graisse de la fosse ischio-rectale. On arrive à libérer la tumeur de la région prostatique.

Suites opératoires immédiates : le malade est très choqué, on fait une transfusion de 300 grammes qui le remonte.

Au neuvième jour de son opération, brusquement dans la nuit apparaît une abondante hémorragie qui emporte le malade. Probablement par suite d'une chute d'escarre et l'ulcération de la mésentérique inférieure.

OBSERVATIONS

ABDOMINO-PÉRINÉALES

OBSERVATION 1

M. L., 60 ans.

Epi. rectal supérieur.

Examiné le 7 octobre 1931.

Début il y a un an par hémorragie rectale sang rougeâtre mélangé aux matières amaigrissement de 2 à 3 kilogrammes.

Au toucher rectal on sent à 10 centimètres de l'anus, une masse bourgeonnante ferme et arrondie.

Le 12 octobre 1931, amputation abdomino-périnéale.

Premier temps : Incision médiane, sous-ombilicale la tumeur rectale est située au-dessus du Douglas, mordant sur le cul-de-sac, infiltrant le méso-côlon. Incision en raquette, décollement du péritoine, section de l'intestin, et ligature de la mésentérique inférieure. Anus iliaque gauche et fermeture de la paroi.

Deuxième temps : Amputation périnéale par le procédé habituel.

Examen de la pièce : Tumeur à 10 centimètres de l'anus infiltrant le méso-côlon-pelvien. On a passé partout à distance des lésions.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-typique mitoses nombreuses.

b) Ganglions normaux.

Suites opératoires immédiates remarquablement simples.
Suites éloignées. Revu fin 1933, bon état général.

OBSERVATION 2

M. F., 54 ans.

Consulte le 17 février 1932, pour crises d'occlusions et entérite.

Au toucher rectal on sent la tumeur au bout du doigt.

Amputation abdomino-périnéale, procédé habituel sans incident.

Examen de la pièce : Tumeur de la grandeur d'une paume de main reposant sur base indurée.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique typique.

b) Ganglions envahis de type cylindrique végétant.

Suites opératoires normales.

Suites éloignées : Revu en décembre 1933. Bon état général.

OBSERVATION 3

M. J. M., 46 ans.

Cancer de la partie supérieure de l'ampoule rectale.

Azotémie : Normale.

Albumine : 0.

Amputation abdomino-périnéale en juin 1924. Anesthésie chloroforme.

Par le procédé habituel.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions normaux.

Suites opératoires immédiates : simples.

Suites éloignées : Revu fin 1932. Bon état général.

OBSERVATION 4

Monsieur M., 50 ans.

Consulte le 31 janvier 1928 pour phénomènes d'entérites.

Au *toucher rectal*, on sent une tumeur développée sur la paroi du rectum presque circulaire, la tumeur paraît mobile.

Azotémie : 0 gr. 35.

Albumine : 0.

En *juillet 1928*, amputation abdomino-périnéale par le procédé habituel. Anesthésie générale à l'éther.

Suites opératoires : normales.

Suites éloignées : revu en 1931 se porte bien. Depuis pas de nouvelles.

OBSERVATION 5

Monsieur L. V., 54 ans.

Examiné en novembre 1929.

Toucher rectal : on croit sentir au bout du doigt une énorme tumeur.

Anus iliaque gauche avec éperon en décembre 1929.

Amputation **abdomino-périnéale** par le procédé habituel à l'anesthésie **rachidienne**.

Examen de la pièce : tumeur volumineuse à 14 centimètres de l'anus tumeur, ulcérée et bourgeonnante. Gros ganglions à la face postérieure au niveau de la bifurcation de la mésentérique inférieure.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions, transformation épithéliomateuse complète.
Suites opératoires immédiates : normales.
Suites éloignées : pas de nouvelles depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION 6

Monsieur L., 31 ans.
Examiné en juin 1930.

Au *toucher rectal* on sent à 8 centimètres de l'anus une masse végétante dure donnant l'impression du col utérin sclérosé, on ramène un peu de sang au doigt.

Opération abdomino-périnéale en juillet 1930.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : décédé en 1932 par récurrence.

OBSERVATION 7

M. L. N., 65 ans.
Consulte en août 1930.

Au *toucher rectal* on sent la tumeur péniblement au bout du doigt.

Amputation abdomino-périnéale le 14 août 1930, par le procédé habituel.

Anesthésie rachidienne.

Examen de la pièce : tumeur volumineuse circulaire rétrécissant le rectum, mordant en haut sur le cul-de-sac du Douglas.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions envahis.

Suites immédiates : le malade s'affaiblit progressivement et meurt au 17^e jour par urémie.

OBSERVATION 8

M. G. L., 54 ans.

Epi-rectal supérieur.

Toucher rectal : on sent au bout du doigt sur la face antérieure du rectum une grosse tumeur ulcérée.

Amputation abdomino-périnéale en juillet 1932 par le procédé habituel à l'anesthésie rachidienne.

Examen de la pièce : grosse tumeur ulcérée de la grandeur d'une paume de main.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-glandulaire.

b) Ganglions envahis.

Suites immédiates : le malade fatigué ne se remonte pas et décède deux mois après.

OBSERVATION 9

M. B. P., 49 ans.

Epi. rectal supérieur.

Toucher rectal : on sent une tumeur haut située ulcérée.

Amputation abdomino-périnéale le 5 mai 1934 par le procédé habituel sous anesthésie rachidienne.

Examen de la pièce : grosse tumeur exculcrante pas de ganglion décelable ; 30 centimètres de l'intestin ont été enlevés.

Suites immédiates : simples.

Suites éloignées : Revu en mars 1934. Excellent état général.

OBSERVATION 10

M. D. B., 43 ans.

Examinée le 10 mars 1931 pour Epi-rectal supérieur.

Toucher rectal : on sent au bout du doigt une tumeur volumineuse.

Le 17 mars 1931, amputation abdomino-périnéale par le procédé habituel.

Examen anatomo-pathologique :

a) Pièce : Epi-cylindrique.

b) Ganglions intacts.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suites éloignées : Revue fin 1932. Excellent état général.

CONCLUSIONS

1^o L'intervention chirurgicale reste encore à l'heure actuelle le seul traitement vraiment actif du cancer du rectum. La radiumthérapie ne peut être qu'un adjuvant dans certains cancers anaux et dans les cancers immobilisés et inopérables.

2^o L'exérèse chirurgicale du cancer du rectum, pour qu'elle soit complète, doit comporter l'ablation en bloc du rectum, du tissu cellulaire périrectal et des territoires ganglionnaires.

3^o L'anus iliaque de dérivation précédera systématiquement toutes les opérations périnéales. En dehors de ses avantages indiscutables — amélioration de l'état général et local — elle permet de préciser l'extension en hauteur de la tumeur, ses propagations péritonéales s'il en existe, en un mot son opérabilité dans les cas douteux.

4^o A quelle technique chirurgicale recourir ? Nous le rappelons, le terrain a autant, sinon plus d'importance que tous les autres éléments d'apprécia-

tion dans le choix de la voie d'abord. Chaque cas pose, en clinique, ses indications particulières.

a) L'abdomino-périnéale est la méthode idéale, mais très choquante et très meurtrière parce qu'elle donne facilement naissance à l'infection du péritoine et du tissu cellulaire. Elle sera réservée aux cancers ampullaires supérieurs, aux cancers mordant sur le Douglas, aux sujets jeunes, maigres, résistants, et de préférence à la femme.

b) La périnéale, opération plus simple et plus bénigne, sera réservée d'une part aux cancers anaux et cancers ampullaires bas, et, d'autre part, aux cancers ampullaires hauts des sujets âgés, obèses, à mauvais état général ; après 65 ans, la périnéale s'impose.

5° Pour ce qui est des résultats, nous avons eu dans l'abdomino-périnéale 20 % de mortalité et, dans la périnéale, 15 % : faible différence de pourcentage peut-être, mais combien éloquente cependant pour montrer la supériorité de la périnéale ! En effet, dans le premier cas, nous avons procédé à un choix judicieux des malades — il s'agissait de sujets jeunes, maigres, n'atteignant pas la soixantaine. Dans le deuxième cas, nous avons affaire à des sujets âgés, fatigués, dépassant la soixantaine et dont souvent l'état général n'était même pas amélioré par un anus préalable, et qui souvent étaient à la limite de l'opérabilité. C'est dire que la méthode n'est pas sans heureux résultats. Nous

avons, d'ailleurs, poussé très loin les indications de l'opérabilité, nous arrêtant seulement devant les cas à extension manifeste.

6^o L'abdomino-périnéale est l'opération de choix, l'opération idéale des cas favorables.

L'amputation périnéale reste, malgré tout, et du fait qu'on voit les malades tard et déjà fatigués, l'opération de pratique courante. Modernisée et élargie, l'amputation périnéale ne mérite pas les critiques qui lui ont été adressées.

A notre avis, elle permet une exérèse ganglionnaire suffisante, un évidement pelvien complet. D'ailleurs, l'examen des résultats éloignés confirme le bien fondé de notre opinion.

Vu :

Le Doyen,

ROUSSY.

Vu :

Le Président de la thèse,

R. PROUST.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGRANE (P.). — Bon résultat de onze ans d'un traitement du cancer du rectum par l'exclusion du segment malade et la curiethérapie endo-cariataire (*Bull. et mem. soc. nat. chir.*, 1933, 59 ; 1094).
- BEHREND. — Symptoms, diagnostic and treatment of cancer of the colon (*med. Times of Lg Island med. J.*, 1933, 61, 131).
- BENSAUDE. — Traité d'endoscopie, 1 vol. Paris, 1926.
- BENSAUDE. — Maladies de l'intestin, 1 vol. Paris, 1931.
- BENSAUDE et CAIN. — Indication, technique et interprétation de la biopsie dans les tumeurs du rectum (*J. de chirurg.*, 1921, 17, 211-226).
- BENSAUDE et CAIN. — Diagnostic du cancer recto-segnoïdien (*Arch. mal. app. dig.*, 1929, 19 ; 1014-1017).
- BENSAUDE et LAMBLING. — Les problèmes diagnostiques du cancer du rectum (*J. méd. français*, janvier 1929).
- BÉRARD et CHALLIER. — Etude critique de la dérivation préalable, temporaire ou définitive, des matières dans le traitement chirurgical du cancer du rectum. Indications et méthodes (*Lyon chirurg.*, 1909 ; t. II, 641-677)..
- BOECKEL. — Procédé sacro iliaque pour l'extirpation totale du rectum et de l's iliaque dans les tumeurs cancéreuses (*Bull. mem. soc. chirurg.*, Paris, 1936, 646-649).
- CAIN. — Les formes dysentériques du cancer recto-sigmoïdien. L'association de l'amibiase et du cancer (*J. med. Franç.*, 1929 ; 18 : 54-58).
- CHALLIER. — Traitement chirurgical du cancer du rectum (*Thèse Lyon*, 1909).

- CHALIER. — Quelques cas d'amputations abdomino-perméales pour cancer du rectum (*Lyon, chir.*, 1924, 21 : 780-784).
- CHALIER. — Sur les résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum (*Rev. inter. de méd. et de chir.*, 19, 25, 36 : 141).
- CHALIER. — Tumeur du bas-côlon pelvien extirpé en un seul bloc avec l'utérus. Invagination colo-rectale (*Lyon Chir.*, 1933-30 : 95).
- CHALIER et MONDOR. — Cancer du rectum, 1 vol. Paris, 1924).
- CHALIER et PERRIN. — Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum (*Lyon chir.*, 1913-9 : 150-176 et 274-291).
- CHARRIER et COURRIADES. — Exérèse perméale du rectum de l'utérus et du vagin (partielle) en un seul bloc pour cancer du rectum infiltrant la cloison recto-vaginale (*Bordeaux chirurgical*, An. n° 1, janv. 1934).
- CHARRIER et DUBOURG. — Amputation périnéale du rectum ; 26 cas (résultats éloignés ; (*Bord. chir.*, 1932 ; 31 : 101-1233).
- CHARRIER et LECHOINCI. — De l'exérèse des cancers du côlon compliqués de gros abcès péri-néoplasiques (*J. C.*), 1931 ; 37.1.26).
- COFFEZ. — Traitement du cancer du rectum (*Ann. of surg.*, 1922.76 : 500-514).
- COFFEZ. — Principles of the operations for carcinoma of the rectum (*Fr. south. surg. Ass.*, 1924 : 36-85-106 et 123-126).
- COFFEZ. — Principles of the operations for carcinoma of the rectum (*Surg. gyn. et obst.*, 1924-38, 723-738).
- COFFEZ. — Principles of the operation for carcinoma of the rectum (*J. cancer Dublin.*, 1925-2 : 27-31).
- COFFEZ. — Cancer of the pelvic colon and rectum the surg. (*chlin. of north America* 1927 : 7 : 1125, 1149).
- COFFEZ. — Cancer of recto-sigmoïde (*Am. J. Surgery*, 1931 ; 14 : 161-214).
- COFFEZ. — Le cancer du rectum, guérisons de 5 ans (*Surg. gyne. and obstetrics*, n° 2, A. 15 janvier 1934).
- CUNÉO. — Anatomie des lymphatiques, M. Poirier, t. II, édition 1909).
- CUNÉO. — De l'extirpation du cancer du rectum chez la femme (*Bull. et mém. soc. chirur.*) Paris, 1920.

- CUNÉO. — A propos du cancer sus-ampullaire du rectum (*Bull et mém. soc. Nat. Chir.*, 1923-49, 1333-1338).
- CUNÉO et BLOCH. — Contribution à l'étude de l'amputation du rectum chez la femme (*J. de chir.*, 1926-27, 529-554).
- DESMAREST. — L'ablation des cancers du rectum par la voie coccy-perméale (*Presse méd.*, 1919, 20 : 180-185).
- DESMAREST. — Ce que l'on peut attendre du traitement chirurgical (*Paris med.*, 1932-4 : 228-231).
- DIXON et PRIESTLY. — Faisors which decrease risk in operation on colon and rectum (*Sur. gyn. m. obst.* 1933-57, 206-212).
- DUFOUR. — Traitement chirurgical du cancer du rectum (*Thèse Paris*, 1934).
- DUVAL. — Le traitement chirurgical du cancer du colon pelvien. (*Thèse Paris*, 1902).
- FAIRED (J.-L.). — Amputation abdomino-périnéale du rectum avec hysterectomie pour cancer postérieur du vagin (*Bull. mém. soc. nat. Chirurg.*, 1928-54, 1208-1210).
- FINSTERER. — Indication du traitement de cancer du rectum (*Medizinische Klinik*, Berlin, An. XXX, n° 9, 2 mars 1934) ;
- GABRIEL. — The results of perineal excision in the treatment of carcinoma of the rectum analysis of 143 cas (*Brit. J. surg.*, 1924-24, 12, 466-672).
- GABRIEL. — The principles and praecture of rectal surgery, 1 vol. London, 1932.
- GABRIEL. — Carcinoma of the rectum invading the vagina and uterus, treated by perineal excision and vaginal hysterectomy in continuity (*Proc. of the Roy. Soc. of med.*, 1933-26), 1933-26, 580-591).
- GAUDIER. — Traitement du cancer du rectum : procédé nouveau d'extirpation totale abdomino périnéale (*Bull. mem. soc. Chir. Par.*, 1896).
- GAUDIER. — Traitement du cancer du rectum (*Rapport au 34^e Congrès français de chirurgie*, Paris 1925).
- GOETZE. — Chirurgie du cancer du rectum. (*Medizinische Klinik*, An. XXX, n° 5, 2 janvier 1934).
- GOULLIoud. — De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux (*Rev. de chir.*, 1905-1, 711-735, 2 : 107-128).

- GOULLIoud. — De l'amputation adbomino-périnéale du rectum (*Lyon Chir.*, 1924).
- GOULLIoud. — Résultats éloignés dans l'amputation adbomino-périnéale du rectum cancéreux de l'hystérectomie concomittante (*Bull. mém. Soc. Nat. chir.*, 1925-31).
- GOUVENEUR. — Diagnostic et traitement du cancer du rectum (*J. de méd. et de chir. pat.*, 1931 ; 102-252-271).
- GOUVENEUR. — Le cancer du rectum diagnostic et indications opératoires (*Rev. gen. méd. et chir.*, Afrique du Nord, 1933).
- GOUVENEUR et Oury. — Cancer du rectum (*P. med.*, 1932-40, 433-433).
- GRÉGOIRE. — L'extirpation abdomino-périnéale du rectum en sens unique de haut en bas (*J. de chir.*, 1931, 38 : 152-158).
- HARTMANN. — L'exclusion de l'intestin (*Rapport au 15^e Congrès Fr. de Chirurgie*, Paris, 1903, p. 19-43).
- HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, 3^e série, chirurgie de l'intestin, Paris 1907.
- HARTMANN. — Nouveau procédé d'ablation des cancers de la partie terminale du côlon pelvien (30^e Congrès Fr. de Chirurgie 1921).
- HARTMANN. — Note sur un procédé nouveau d'extirpation des cancers de la partie terminale du côlon (*Bull. mém. Soc. Nat. chir.*, 1923, 49, 147401476).
- HARTMANN. — Diagnostic. traitement chirurgical (*Ann. de Far. de med. de Montevideo*, 1928).
- HARTMANN. — Travaux de Chirurgie, 8^e série, chirurgie du rectum, Paris 1931.
- HINTZE. — Indication du moment de la radiothérapie dans le cancer du rectum (*Archiv für Klinische Chirurgie* (Berlin), vo. CLXXVI, n^o 4, 10 nov. 1933).
- HUET et MIHAILESCO. — A propos de l'amputation périnéale du rectum (*J. de Chir.*, 1931).
- KRAHBEI. — L'amputation du rectum par voie saine de Goetze (*Zentralblatt für Chirurgie*, Leipz, an LXI, n^o 5, 3 janv. 1934).
- KUTTNER. — Le traitement chirurgical du cancer du rectum (*Med. Klin.*, 1929, 25, p. 4-9).
- KUTTNER. — Technique chirurgicale : statistique (*Rev. med. German iber. amer.*, 1928, 1, 74-87).

- LECÈNE. — Remarques sur le traitement chirurgical du cancer du rectum (*Paris med.*, 1924, p. 155-158).
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III.
- LEIHORINI. — Les avantages de la voie abdomino-périnéale (*La médecine*, 1932, p. 833-842).
- LEIHORINI et SOUPAULT. — Un point important du diagnostic d'opérabilité du cancer du rectum chez l'homme : le cancer de Douglas (*Presse médicale*, 11 avril 1932).
- LOCHHART-MUMMERY. — Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment, London, 1932, 1 vol.
- LOCHHART-MUMMERY. — Prognosis in rectal cancer (*Lancet*, 1926, 2, 1307-1307).
- LOCHHART-MUMMERY. — Two hundred cases of cancer of the rectum treated by perineal excision (*Brit. J of surg.*, 1926, 27).
- LOCHHART-MUMMERY. — Traitement du cancer du rectum (*Bull. mém. soc. chir. Paris*, 1932, p. 356-363).
- LOCHHART-MUMMERY. — Excision of the rectum for cancer (*Amer. J. of cancer*, 1933).
- MANDL. — Polypes du rectum et cancer (*Wien. Klin. Woch.*, 12 janvier 1934).
- MENGERT. — Dystocie par cancer du rectum et du vagin (*American J. of obs. and gyn.*, n° 3, sept. 1933).
- MERIEL. — Volumineuse tumeur du haut rectum avec invagination et polapsus (*Société de chir. de Toulouse*, 31 mars 1933).
- MICHEL et GUIBAL. — L'amputation élargie du rectum par voie coccy-périnéale en position ventrale de Depage. Paris, chir. 1930.
- MILES. — Discussion on surgical treatment of the cancer of the rectum (*Brit. med. J.*, 1920, p. 730-742).
- MILES. — Cancer of the rectum, 1 vol., London, 1926.
- MILES. — How soon should colostomy be performed in inoperable cases ? (*Surg. gy. and obst.*, 1931).
- MILES et LOCKHART-MUMMERY. — Discussion of the treatment of carcinoma of the rectum (*Proc. Roy. Soc. med.*, London, 1923-24).
- MONDOR. — Contribution à l'étude du cancer du rectum (*Thèse Paris*, 1914).

- MONDOR. — L'étendue de tout cancer du rectum .Livre Jubil. du Dr HARTMANN, 1932.
- OKINCZYC. — Traitement chirurgical du cancer du colon (*Thèse Paris*, 1907).
- OKINCZYC. — Ablation du cancer du rectum (*Bull. mém. soc. nat. chir.*, 1933, p. 256-258).
- ORTH. — Une amélioration à l'extirpation du rectum par la voie sacrée. *Zentralblatt für Chirurgie* (Leipz., n° 9), 3 mars 1934.
- PAUCHET. — Cancers haut situés du rectum, amputation abdomino-périnéale avec conservation du sphincter (*J. de Med. de Paris*, 1928, p. 835-842).
- PAUCHET. — Pratique chirurgicale illustrée. Paris, 1924, fascicule V.
- PAUCHET. — Traitement du cancer du rectum. Indication et technique de la radium chirurgie. (*Paris chir.*, 1926).
- PAUCHET. — Le traitement du cancer du rectum (*Notes pratiques d'actualité médicale*, janvier 1927).
- PAUCHET. — Extirpation du cancer recto-sigmoïdien (*Gazette des Hôpitaux*, novembre 1929).
- PAUCHET. — Résection par voie sacrée (*Paris Chir.*, 1930).
- PAUCHET. — Traitement du cancer du rectum. Amputation abdomino-périnéale ou périnéale ? (*Rev. gen. méd. et chir. Afr. du Nord*, 1933).
- PETIT. — Néoplasme rectal opéré par voie périnéo-vaginale.
- PROUST. — Application rétro-rectale du radium dans le cancer du rectum (*Bull. et Mém. Sc. Nat. Chir.*, 1921).
- PROUST. — Le traitement du cancer du rectum (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 1926).
- PROUST. — Le traitement des cancers du rectum (*Communication Centre anticancéreux Strasbourg*, nov. 1926).
- PROUST. — Le traitement du cancer du rectum (*Gazette des Hôpitaux*, 1929).
- QUENU. — De l'extirpation sacro-abdominale du rectum cancéreux en deux temps (*Bull., Mém., Soc. Chir.*, Paris, 1896).
- QUENU. — Les résections intestinales pour cancer (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1913, p. 1043-1058).
- QUENU. — Cancers du rectum opérés par la méthode abdomino-périnéale (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1914).

- QUENU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, 2 vol., Paris, 1899).
- RAIFORD (Ph. S.). — Epithélioma de la partie supérieure du rectum et de l'anus (*Surg. Gyn. and Obst.*, juillet 1933, p. 21-36).
- RAUPLIN. — The curability of cancer of the colon recto-sigmoid and rectum (*J. An. Med. Ass.*, 1933).
- RECAMIER. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du rectum. Résultats à distance, de 21 amputations abdomino-périnéales (*Thèse Paris*, 1925).
- REGAUD. — Les cancers du col de l'utérus, de la bouche, du sein et du rectum, considérés comparativement du point de vue des méthodes radiothérapiques (*Arch. Inst. Rad. de Paris*, 1924).
- REINOLD. — Contribution à l'étude des facteurs de récidives post-opératoires du cancer rectal : l'exérèse de la gaine fibreuse du rectum (*Thèse Paris*, 1924).
- ROUSSY, LABORDE. — A propos de la radiothérapie des cancers inopérables (*Bull. de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer*, t. XVI, n° 7, juillet 1927).
- SAVARIAUD. — Traitement du cancer du rectum (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1923, p. 75-86).
- SAVARIAUD. — Traitement du cancer du rectum (*J. de Méd. de Paris*, 1924, p. 901-905).
- SCHONBAUER et OPPOLZER-WIEN. — A propos du cancer du rectum, (*Wiener Med. Woch.*, 22 juill. 1923).
- SCHREU. — Radiumthérapie progressive du cancer du rectum inopérable (*Med. Klin.*, 1^{er} oct. 1933).
- SCHWARTZ. — De l'extirpation du cancer du rectum chez la femme par la voie abdomino-périnéale (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1920).
- SCHWARTZ. — Traitement du cancer du rectum (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1923, p. 1529-1532).
- SCHWARTZ. — Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du rectum (*XXXIV^e Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1925).
- SCHWARTZ et FEZ. — Technique opératoire de l'amputation du

- rectum par voie abdomino-périnéale (*J. de Chir.*, 1926, p. 673-687).
- SENÈQUE. — Avantages de la voie périnéale (*Ref. Méd. Fr.*, 1932, p. 149-153).
- SENÈQUE. — Epithélioma du rectum, Résection par voie périnéale selon une nouvelle technique du Prof. Cunéo (*Soc. Nat. Chir.*, 25 oct. 1933).
- SOUPAULT. — L'opération de M. Hartmann. Ablation par voie abdominale des cancers du haut du rectum et de la jonction recto-sigmoïdienne (*J. de Chir.*, 1927, p. 513-530).
- SOUPAULT. — Traitement du cancer du rectum (*J. de Méd. de Paris*, 1932, p. 91-93).
- SOUPAULT, LEIBOVICI, PERROT. — Notes à propos de nouvelles recherches sur la propagation des cancers de l'ampoule rectale (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, t. IX, janvier 1934).
- TIERSIG. — Conclusion de l'enquête sur le traitement du cancer du rectum (*J. de Méd. de Paris*, 1926).
- TIERSIG. — Extirpation abdomino-périnéale du rectum en deux temps (*Gaz. des Hôpitaux*, 1929).
- TIXIER. — De l'hystérectomie totale systématique dans le traitement du cancer du rectum et du côlon pelvien (*Lyon Chir.*, 1911, p. 133-144).
- WESTHES. — Pour la prophylaxie du cancer du rectum (*Arch. für. Klin. Chirurgie*, Berlin, 29 nov. 1933).
- WOOD (W. Q.) et WILKIE. — Cancer du rectum, étude anatomo-pathologique (*Edimb. Med. J.*), XL, juillet 1933).
- WOYTEK. — L'opération radicale des cancers avancés de la paroi antérieure du rectum (*Zentralblatt für Chirurgie*, LX, 7 oct. 1933).

